



Universitat de Lleida

HUMANITZACIÓ DELS CUIDATGES D'INFERMERIA

Proposta d'un decàleg

Autor: Yvette Miró Bernaus

Tutoritzat per: Lorena Lourdes Tejero Vidal

Facultat d'Infermeria i Fisioteràpia

Grau d'Infermeria

Treball Final de Grau

2017-2018

Lleida, 14 de maig del 2018.

AGRAÏMENTS

En primer lloc, vull agrair a la meua tutora, Lorena Tejero, per tot el seu treball i dedicació a aquest Treball Final de Grau. *Gràcies a la teua vocació, coneixements i passió per la professió m'han guiat i facilitat la realització d'aquest treball.*

En segon lloc, vull agrair a tots els professors i professionals infermers que m'han ajudat a obtenir informació per tal de poder completar dades del projecte i material útil en la recerca. *Gràcies Eloïsa Setó i Mercè Folguera pel vostre temps i recursos.*

En últim lloc, vull agrair a tots els meus familiars i amics, els quals m'han donat suport en tot moment. *Gràcies per està allà on sempre us he necessitat i estar amb mi en aquesta etapa.*

ÍNDIX

	Pàg.
1. RESUM	11
2. INTRODUCCIÓ	15
3. L'EVOLUCIÓ HISTÒRICA DELS CUIDATGES D'INFERMERIA	17
3.1 Etapa domèstica dels cuidatges.....	17
3.2 Etapa vocacional dels cuidatges	18
3.3 Etapa tècnica dels cuidatges.....	19
3.4 Etapa professional dels cuidatges	20
4. CONCEPTUALITZACIÓ	23
4.1 Conceptes nuclears del pensament infermer.....	23
4.2 Concepte “cuidar” i “cuidatges”	25
4.2.1 Components dels cuidatges.....	26
4.2.2 Dimensions dels cuidatges.....	27
4.2.3 Principis inherents a la pràctica dels cuidatges.....	29
4.2.4 Competències actitudinals del professional infermer en els cuidatges.....	31
5 HUMANITZACIÓ DELS CUIDATGES	35
5.1 Etimologia i concepte “humanitzar”	35
5.2 Cuidatges humanitzats	36
5.2.1 Subcategories dels cuidatges humanitzats.....	38
5.2.2 Condicions dels cuidatges humanitzats.....	39
5.2.3 Factors dels cuidatges humanitzats	41
5.2.4 Beneficis dels cuidatges humanitzats.....	43
5.3 Models infermers basats en competències humanístiques.....	44
5.3.1 Teoria dels cuidatges humanitzats de Jean Watson	44
5.3.2 Teoria de la diversitat i la universalitat del cuidatge de Madeleine Leininger.....	46
5.3.3 Teoria del cuidatge caritatiu d'Erikson	47
5.3.4 Teoria humanística infermera de Paterson i Zderad.....	47
5.4 Valor afegit dels cuidatges humanitzats	47
6 DESHUMANITZACIÓ DELS CUIDATGES	51
6.1 Etimologia i concepte “deshumanitzar”	51
6.2 Causes de la deshumanització.....	52
6.3 Conseqüències actitudinals negatives de la deshumanització dels cuidatges	58

7	PLANIFICACIÓ ESTRÀTEGICA DELS CUIDATGES HUMANITZATS	59
7.1	Programes d'atenció humanitzada	59
7.2	Línies estratègiques del professional infermer	62
7.2.1	Pràctica assistencial.....	62
7.2.2	Gestió	63
7.2.3	Investigació	63
7.2.4	Docència.....	64
7.3	Avaluació i valoració de la qualitat de la humanització dels cuidatges.....	64
8.	JUSTIFICACIÓ.....	67
9.	OBJECTIUS	69
9.1	Objectiu general.....	69
9.2	Objectius específics	69
10.	METODOLOGIA.....	71
10.1	Disseny de l'estudi.....	71
10.2	Població	71
10.2.1	Població diana	71
10.2.2	Professionals a qui va dirigit	72
10.3	Pregunta d'investigació.....	72
10.4	Metodologia de cerca.....	73
11.	INTERVENCIÓ	75
11.1	Context en el que es basa la intervenció	75
11.2	Objectiu de la intervenció	75
11.3	Contingut de la intervenció.....	75
11.4	Pla d'intervenció	76
11.4.1	Recursos	76
11.4.2	Responsable del projecte	76
11.4.3	Condicions de la intervenció	76
11.4.4	Cronograma de la intervenció.....	77
12.	CONSIDERACIONS ÈTIQUES I LEGALS	81
13.	AVALUACIÓ DE L'INTERVENCIÓ	83
14.	DISCUSSIÓ	85
15.	CONCLUSIONS	87
16.	BIBLIOGRAFIA	89

17. ANNEXOS	97
17. 1 Annex 1: Decàleg dels cuidatges humanitzats.....	97
17. 2 Annex 2: Qüestionari d'Atenció Urgent Hospitalària	98

ÍNDIX DE TAULES

	Pàg.
Taula 1. Dimensions dels cuidatges	28
Taula 2. Recomanacions en la comunicació professional- pacient	32
Taula 3. Condicions dels cuidatges humanitzats	40
Taula 4. Dimensions de l'escala de la mesura del cuidatge humà transpersonal	45
Taula 5. Criteris d'inclusió o exclusió de la població diana	71
Taula 6. Metodologia de cerca bibliogràfica	73
Taula 7. Informació de la sessió 1	78
Taula 8. Informació de la sessió 2	79
Taula 9. Cronograma	80
Taula 10. Variables enquesta PLAENSA	84
Taula 11. Fitxa tècnica de l'enquesta d'atenció urgent hospitalària	84

1. RESUM

INTRODUCCIÓ: Al llarg dels anys, l'assistència sanitària s'ha vist immersa en una sèrie de factors sociològics i culturals que han donat a lloc a la deshumanització de l'atenció i dels cuidatges de la persona. De manera que els professionals infermers i els seus cuidatges s'han deshumanitzat, així oferint menys qualitat assistencial i satisfacció al pacient i als seus familiars. Especialment, en serveis concrets com Urgències, on preval la tecnologia, l'execució i eficàcia ràpida de tècniques i la falta d'intimitat, es converteix en un dels serveis més deshumanitzats. Consegüentment, es precisa la pràctica de activitats i competències humanitzadores per part de tot l'equip, per tal de revertir la percepció i tracte percebut tan pels pacients com familiars.

OBJECTIU: Proposar un decàleg d'humanització dels cuidatges en el servei d'Urgències de l'Hospital Universitari de l'Arnau de Vilanova (HUAV) de Lleida.

METODOLOGIA: Observar i avaluar l'efectivitat d'un decàleg sobre els cuidatges humanitzats a partir dels resultats de les enquestes de satisfacció assistides telefònicament (PLAENSA) dels usuaris dels servei d'Urgències de l'HUAV, posteriorment de què els professionals que treballen en aquest servei hagin realitzat unes sessions formatives.

DISCUSSIÓ: La pràctica dels cuidatges humanitzats no sols es basa en la satisfacció dels pacients i els que familiars, sinó que enriqueix la professionalitat dels infermers en els seus quatre àmbits (gestió, docència, investigació i assistència) a més de tots els professionals de l'equip, amb el fi d'obtenir una bona qualitat assistencial i màxima satisfacció dels usuaris.

CONCLUSIONS: El paper del professional d'infermeria és el més important a l'hora de practicar els cuidatges humanitzats, doncs les competències humanes dels professionals són insuficients en l'atenció i els cuidatges de la persona. Gràcies a la implementació d'un decàleg d'humanització dels cuidatges s'obteniria grans beneficis en tots els àmbits.

PARAULES CLAU: humanització de les cures, teories d'infermeria, deshumanització assistència sanitària

INTRODUCCIÓN: A lo largo de los años, la asistencia sanitaria se ha visto inmersa en una serie de factores sociológicos y culturales que han dado a lugar a la deshumanización de la atención y de los cuidados de la persona. De forma que los profesionales enfermeros y sus cuidados se han deshumanizado, así ofreciendo menos calidad asistencial y satisfacción al paciente y a sus familiares. Especialmente, en servicios concretos como Urgencias, donde prevalece la tecnología, la ejecución y eficacia rápida de técnicas y la falta de intimidad, es convierte en uno de los servicios más deshumanizados. Consiguientemente, es precisa la práctica de actividades y competencias humanizadores por parte de todo el equipo, para revertir la percepción y trato percibido por los pacientes y familiares.

OBJETIVO: Proponer un decálogo de humanización de los cuidados en el servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Arnau de Vilanova (HUAV) de Lleida.

METODOLOGÍA: Observar y evaluar la efectividad de un decálogo sobre los cuidados humanizados a partir de los resultados de unas encuestas de satisfacción asistidas telefónicamente (PLAENSA) de los usuarios de los servicio de Urgencias de la HUAV, posteriormente de que los profesionales que trabajan en este servicio hayan realizado unes sesiones formativas.

DISCUSIÓN: La práctica de los cuidados humanizados no sólo es baza en la satisfacción de los pacientes y los que familiares, sino que enriquece la profesionalidad de los enfermeros en sus cuatro ámbitos (gestión, docencia, investigación y asistencia) además de todos los profesionales del equipo, con el fin de obtener una buena calidad asistencial y máxima satisfacción de los usuarios.

CONCLUSIONES: El papel del profesional de enfermería es lo más importante a la hora de practicar los cuidados humanizados, pues las competencias humanas de los profesionales son insuficientes en la atención y los cuidados de la persona. Gracias a la implementación de un decálogo de humanización de los cuidados se obtendría grandes beneficios en todos los ámbitos.

PALABRAS CLAVE: humanización de los cuidados, teorías de enfermería, deshumanización asistencia sanitaria

INTRODUCTION: Over the years, healthcare has been immersed in a series of sociological and cultural factors that have led to the dehumanization of care of the person. So that, the nursing professionals and their care have become dehumanized, thus offering less quality care and satisfaction to the patient and their families. Especially in specific services such as Emergencies, where technology prevails, the execution and fast effectiveness of techniques and the lack of privacy, it is one of the most dehumanized services. Consequently, it is necessary to practice humanized activities and competences on the part of the whole team, to revert the perception and treatment perceived by patients and relatives.

OBJECTIVE: To propose a decalogue of humanization of care in the emergency service of the University Hospital of Arnau de Vilanova (HUAV) of Lleida.

METHODOLOGY: Observe and evaluate the effectiveness of a decalogue on humanized care based on the results of a telephone satisfaction survey (PLAENSA) of users of the emergency services of the HUAV, subsequently professionals who work in this service have taken part of formative sessions.

DISCUSSION: The practice of humanized care is not only key of patients and family members' satisfaction. It also enriches the professionalism of nurses in its four areas (management, teaching, research and assistance) as well as all health professionals, in order to obtain a good quality of care and maximum user satisfaction.

CONCLUSIONS: The role of the nursing professional is the most important when it comes to practicing humanized care, because the human skills of professionals are insufficient in the care and care of the person. Thanks to the implementation of a decalogue of humanization of care, great benefits would be obtained in all areas.

KEY WORDS: humanization of care, nursing theories, dehumanization, health care

2. INTRODUCCIÓ

La professió d'infermeria al llarg dels anys, s'ha denominat com a “l'art i la ciència del cuidar”, la qual precisa de l'assimilació i l'aplicació de determinants coneixements teòrics i pràctics, basats en sabers i tècniques derivats de les humanitats, ciències físiques, socials i biomèdiques(1). De tal forma que l'essència d'aquesta disciplina s'ha convertit en el coneixement, les actituds i la pràctica dels cuidatges, cosa que distingeix la professió d'infermeria en comparació a contribucions d'altres disciplines(2).

El treball infermer immers en les institucions fonamentades en el model biomèdic i curatiu redueix l'humà a una expressió biològica allunyada de la visió humanista i holística dels cuidatges. Entre d'altres causes que provoquen la deshumanització de la pràctica diària dels cuidatges humans són: l'aplicació de les noves tecnologies, la recerca de l'eficiència, la sobrecàrrega de treball, la síndrome burn-out, etc.(3).

Davant el risc de la deshumanització dels cuidatges del pacient, a causa de la gran reestructuració administrativa de la majoria dels sistemes de salut mundials, es necessari el rescat del aspecte humà, espiritual i transpersonal en la pràctica clínica, administrativa, educativa i d'investigació per part dels professionals d'infermeria(4).

3. L'EVOLUCIÓ HISTÒRICA DELS CUIDATGES D'INFERMERIA

Des de l'inici de la humanitat fins a l'actualitat, el concepte “cuidar” ha suposat ser un acte natural i indispensable per la supervivència i la continuïtat del ser humà. Doncs, les pràctiques dels cuidatges sorgeixen de la necessitat de viure, per permetre que la vida segueixi, fer front a les conseqüències de la malaltia o lesions, de la rebel·lió contra el dolor i de la lluita de la mort(5). Els diferents valors, les creences, les cultures i altres factors socials han influenciat en aquest acte espontani humà, de manera que l'evolució dels cuidatges estarà lligat a la consideració del concepte salut-malaltia que s'ha caracteritzat en cada moment històric(6).

Segons Francisca Hernández(7), l'evolució de la història d'infermeria es divideix en l'etapa pre-professional i la professional. La primera etapa es consolida des de les cultures antigues fins a finals del segle XIX i l'etapa professional s'inicià a principis del segle XX fins a l'actualitat, proliferant gràcies a l'aparició de programes formatius que proporcionen un gran desenvolupament dels coneixements pràctics.

Marie Françoise Collière donà una actualització de l'evolució dels cuidatges infermers, els quals es classifiquen en quatre etapes; l'etapa domèstica, l'etapa vocacional, l'etapa tècnica i l'etapa professional. Aquestes corresponen i coincideixen amb els períodes socioculturals del món occidental, així diferenciades també per les quatre concepcions dels cuidatges(8).

3.1 Etapa domèstica dels cuidatges

Aquesta etapa comprèn des de l'aparició de les primeres civilitzacions del paleolític fins a la caiguda de l'Imperi Romà, englobant la prehistòria (paleolític, mesolític i neolític), les civilitzacions antigues (Egipte, Conca fèrtil, Índia, Xina i Món nou) i el Món Clàssic (Imperi Grec i Romà).

La denominació d'etapa “domèstica” es brota principalment pel paper de la dona al llarg de tot el període, la qual era l'encarregada dels cuidatges, enfrontant-se a les condicions adverses del medi i combinant les pràctiques rituals que asseguressin la continuïtat i el manteniment de la vida humana. Els coneixements naturals i els rituals espirituals constituïen la base per tractar la malaltia, així entesa per la societat antiga com a poders sobrenaturals.

Al llarg de l'imperi greco-romà es va produir un important canvi, la transició del raonament màgic al racional, el qual transformà l'idea que es tenia de la medicina i de l'atenció general de la salut. Fet que donà a lloc l'aparició de grups específics o figures que es consideraren com a primers cuidadors, per exemple; els esclaus, les matrones, els metges tècnics, cirurgians, etc. A part, també es crearen les primeres institucions destinades al cuidatge o atenció sanitària de les persones desfavorides per malalties de l'època(6).

3.2 Etapa vocacional dels cuidatges

L'arribada del cristianisme a mitjans de l'imperi romà donà inici a l'etapa vocacional i aquesta englobà l'edat Mitjana i l'edat Moderna. El concepte de salut-malaltia va adquirir una nova interpretació basada en el valor religiós de Déu. A conseqüència, l'activitat de cuidar creà un vincle estret en les creences dels cristians, els quals creien que els cuidatges permetien la pròpia salvació i comunicació amb Déu(7).

De fet, la religió cristiana va impulsar un desenvolupament dels cuidatges, passant a considerar-se com a un deure sagrat i van adquirir un enfocament humanitari, no vist anteriorment en les passades èpoques històriques. Aquestes són les principals novetats que aportaren a nivell religiós(7):

- Consideració del sentiment d'ajuda al malalt, com a un deure religiós i per tant, la creació d'institucions especialitzades per aquesta finalitat.
- La condició igualitària del tractament. De manera que no hi ha diferències entre grecs, bàrbars, homes lliures, esclaus, rics o pobres.
- La incorporació metòdica del consol. En cert sentit tècnic, es considerava com un tipus de psicoteràpia en les accions del metge i del cuidador.
- L'assistència gratuïta, només per la caritat del malalt.
- La valoració moral i terapèutica de la convivència del dolor i el sofriment.

Tot així, el pensament religiós va obstaculitzar el progrés de les cures i dels cuidatges, ja que la ciència contradeia el raonament de Déu(6).

Durant aquesta etapa van aparèixer figures i institucions encarregades de la cura dels desfavorits, com va ser l'hospitaller(9). Al igual que en l'anterior etapa infermera, la dona era l'encarregada de cuidar, de la qual Collière la definí com a "dona cuidadora"(8), encara que aquesta no es veia com una persona amb coneixements del

cuidatge i la salut. Per aquest motiu, la societat de l'època no creia necessària la preparació per exercir de cuidador, sinó només preparació religiosa.

Els monjos eren un clar exemple de cuidador a principis de l'edat mitjana, els quals s'obrien a la societat i es començava a visualitzar un reconeixement de la professió del cuidar, és a dir, l'especulació d'una nova professió denominada “infermeria”.

Tota aquella persona que tingués cura general dels malalts i de la infermeria, es consideraria com un “expert del cuidatge”, el qual havia de posseir qualitats i competències de l'ofici com coneixements sobre remeis terapèutics i de la relació i tracte amb els malalts, així establint una atenció personalitzada(10).

A finals de l'edat mitjana i inicis de la edat moderna, s'incrementà el nombre de persones expertes amb una formació no estructurada dedicades als cuidatges, i també hospitals definits per reglaments majoritàriament religiosos, que definien les funcions d'infermeria i quines eren les seves funcions pròpies basades en els cuidatges(9). En contra, a finals del segle XVII del Món Modern, amb l'arribada de la medicació i els grans avenços que suposà per la medicina, les accions d'infermeria es va desqualificar darrere de la imatge del metge.

3.3 Etapa tècnica dels cuidatges

Aquesta etapa concebuda des de finals del Món Modern fins al segle XX contemporani, es destaca principalment, pels grans avenços científics i tecnològics aplicats en l'atenció mèdica, els quals marcaren una gran diferència a l'hora de la pràctica dels cuidatges. L'impuls de la de la tecnologia fomentà la creació de nous instruments i a més, la concentració de centres sanitaris per l'atenció diagnòstica i curativa dels hospitals i altres institucions, amb la finalitat de combatre contra la malaltia.

La transició de l'etapa vocacional a l'etapa tècnica es produí d'una forma lenta i progressiva, degut al pensament tradicional, religiós i social sobre les dones. De manera que la separació de les arrels religioses permeteren la professionalització de les infermeres gràcies al paper que desenvolupà Florence Nightingale, entre d'altres(6). L'autora coneguda com a “mare de la infermeria moderna” va definir al professional

d'infermeria com aquell que “posa al pacient en les millors condicions per a que la naturalesa actuï”. A més, afirmà que la infermeria és una vocació que requereix subjectes aptes i intel·ligents que han de preservar qualitat del servei(11).

D'altra banda, les seves competències i actituds com a dones entraren en un conflicte. Part de la societat de l'època exigia a les dones actuar d'una forma maternal, mentre que altres amb visió mèdica, els exigien més especialització sobre les tècniques curatives i menys dedicació humanista al malalt(12).

Un altre aspecte que interferí en a l'hora d'oferir els cuidatges, fou l'estratificació de la societat. Per tant, la desigualtat social apareix a l'hora d'atendre i atenció mèdica, cosa que en èpoques anteriors no es tenia en compte.

3.4 Etapa professional dels cuidatges

Des dels últims 25 anys del segle XX fins a l'actualitat, es va consolidar l'última etapa dels cuidatges infermers. Durant aquesta etapa es comprenen els canvis més significatius per la formació professional, incloent al professional d'infermeria. A partir de la nova noció del concepte salut com a equilibri entre persona i ambient, es produeix un canvi en la orientació dels cuidatges, els quals suposen una utilització d'una metodologia de treball lògica i racional juntament amb coneixements de la disciplina.

La professionalització dels cuidatges incentivà als infermers ha assumir la responsabilitat de formar als seus propis professionals, organitzar i dirigir els serveis d'infermeria i iniciar investigacions encaminades a incrementar el cos de la disciplina(6). Així denominant les funcions infermeres com a tipus assistencial, docent, administrador o investigador.

A través de les activitats diàries dels professional infermers actuals, aquests han de requerir més competències per tal d'assegurar els cuidatges des del maneig d'informacions complexes, l'ús de noves tecnologies, avaluar les intervencions dels cuidatges i ajudar als pacients en les diferents situacions de salut.

En resum, l'essència del cuidatge s'ha visualitzat des dels inicis de la humanitat fins a l'actualitat, ja que l'espècie humana sempre ha tingut persones incapaces per cuidar-se a si mateixes, i han precisat d'algué que els cuides per ells. Per tant, la figura

d'infermeria ha estat present al llarg de tota l'evolució històrica, gràcies al seu fonament de tindre cura del ser humà en tots els àmbits de la salut.

4. CONCEPTUALITZACIÓ

4.1 Conceptes nuclears del pensament infermer

La introducció del concepte infermeria propulsà la creació d'idees, teories i models conceptuals, dels quals han partit les principals línies del pensament infermer i les diferents nocions sobre el significat de professió d'infermeria. Per exemple, Virginia Henderson mencionà que la naturalesa de la professió d'infermeria es oferir cuidatges integrals de la salut amb qualitat i calidesa, al individu, la família i la comunitat en la presència o absència de la malaltia. De manera que el professional ha de rebre una formació i uns coneixements disciplinaris científics, tecnològics i humanístics(13).

De fet, ja en els primers models teòrics d'infermeria coincideixen en que la professió d'infermeria ha estat una professió dedicada a tenir cura de les persones i acompanyar-les en aquelles situacions de salut que comprometen el seu estat de salut. A més, aquesta professió es dedica a atendre a l'aplicació dels coneixements necessaris per la practica dels cuidatges, donant resposta a les necessitats humanes(14).

Definit el marc de la professió d'infermeria, va ser necessari establir i concretar les competències infermeres les quals formen un conjunt d'habilitats, actituds, coneixements i processos complexos per a la presa de decisions i actuar en qualsevol moment. Per tant, des de l'enfocament i criteri professional d'infermeria, és essencial conèixer les tres dimensions per entendre i comprendre la identitat de l'ofici d'infermeria, mitjançant el desenvolupament de les competències essencials de la infermeria(15–17):

- *El ser infermer:* Aquest primer aspecte es refereix a la indagació filosòfica i humanista de la identitat, la qual té l'essència del “cuidatge d'infermeria” i el seu desenvolupament conceptual gira sobre aquesta.
- *El saber infermer:* Aquest té a veure amb la claredat teòrica i metodològica de dels coneixements i el raonament de la pràctica basats en el raonament del “cuidar”.
- *El quefer infermer:* L'últim es relaciona amb l'exercici professional i té el seu origen en la prestació del servei a la població on avarca la participació a nivell polític, la promoció de la salut, la prevenció de la malaltia, el tractament oportú i

la rehabilitació. A més, per organitzar les accions i reconèixer un mètode propi, s'utilitza el procés d'infermeria.

Gràcies a la comprensió d'aquests s'analitza, s'aprofundeix i es creen coneixements aplicables en la pràctica diària d'una forma permanent, reflexiva i crítica. De fet, els conceptes claus fan distingir la infermeria en comparació a altres oficis fonamentant-se en sentit ètic, moral i valors(15). Amb la finalitat de comprendre l'ofici infermer, es necessari conèixer el seu marc conceptual que constitueix l'essència d'infermeria:

- *Salut:* Segons l'OMS(18), defineix la salut com a un estat complet de benestar físic, mental i social, i no tan sols per l'absència d'alteracions o malalties. També es considera com una confluència de les condicions en les que es desenvolupa cadascuna de les dimensions del ser humà. De tal forma que la persona percep el seu estat de salut com una situació multicausal, dinàmica sobre els cuidatges i la seva qualitat de vida(15).
- *Malaltia:* S'entén com al mal funcionament dels processos biològics o psicològics, els quals designen anormalitats funcionals o estructurals de la base orgànica de la persona. La malaltia es relaciona en altres dimensions com la social o cultural, també es veuran afectats pels processos d'atenció, percepció, valoració i resposta afectiva davant les manifestacions de la malaltia i l'evolució d'aquesta(19).
- *Persona:* Es defineix com a un ser humà amb components físics, intel·lectuals, emocionals i espirituals, els quals interactuen en una totalitat. En l'àmbit d'infermeria, es conceptualitza a la persona com a l'objecte de cuidar de la disciplina d'infermeria, així convertint-lo en "pacient" (20).
Aquest concepte no sols es refereix al individu com a subjecte de cuidatge sinó que inclou a la família, als grups i a la comunitat. A part, cada cas es reconeix cada a la persona en les seves dimensions biològiques, psicològiques, socials, culturals i espirituals d'una forma individualitzada(21).
- *Entorn:* Es considera com al conjunt de variables externes del subjecte dels cuidatges que poden construir factors de protecció o factors de risc per el desenvolupament de la persona, família, grup o comunitat(15). Aquest entorn

presentarà les condicions que afectaran a la persona i a la institució que s'ofereix els cuidatges(22).

4.2 Concepte “cuidar” i “cuidatges”

El concepte “cuidar” ha sofert una evolució al llarg de la història, estant la seva definició influenciada per la seva complexitat i per les múltiples dimensions que posseeix. Per tant, existeixen varies definicions concebudes per diversos autors.

De forma general, cuidar és una activitat humana que defineix com una relació i un procés, amb l'objectiu d'anar més enllà de la malaltia(23). També pot ser entès com a l'art d'interactuar que ofereix reciprocitat, estar a cara a cara amb l'altre en un compromís de conservació, restabliment i cura de la vida. Aquesta acció implica valors, desig i compromís, doncs els cuidatges atorgats han d'assegurar a la persona que s'està fent tot el possible per preservar la seva vida, a més de proporcionar confiança, companyia i promoure cuidatges pel restabliment de la seva salut(24).

En altres paraules, cuidar es considera l'acció que s'associa l'ajuda, al acompanyament, la capacitat d'escolta i reconeixement de l'altre en aquelles situacions en les que es precisi d'una atenció, en la que els professionals s'han d'adaptar en cada un dels moments que vagi passant la persona(25).

Des del punt de vista dels professionals d'infermeria, sobre el significat de cuidar, aquest es converteix en un sinònim de atenció oportuna, ràpida, contínua i permanent, orientada a resoldre problemes particulars que afecten la dimensió personal dels individus(26).

En canvi, històricament i científicament el concepte de “cuidatge” s'ha vist com a objecte d'estudi d'infermeria, el qual s'ha centrat en les grans aportacions al cos disciplinar, deixant de banda les conceptualitzacions de la societat. Doncs, es coincideix que els cuidatges amb un o varis significats, s'enfoca a la prevenció de situacions de risc que poden alterar la salut dels individus, a nivell personal i social. Oferir cuidatges, permet a les persones reflexionar, per tal que es previngui sobre possibles riscos de salut i es desenvolupin estratègies de promoció pel propi cuidatge(27).

Segons Marie Françoise Collierè(8), la naturalesa del cuidatge és la conservació i el manteniment de la vida i la restauració de la salut. Jean Watson defineix al cuidatge com l'idea moral de la professió infermera, assegura que cuidar no és un procediment o una acció, sinó que cuidar és el procés de sensacions compartides entre el professional d'infermeria i el pacient(28).

La vinculació entre els cuidatges i infermeria permet arribar a definir una conceptualització dels “cuidatges infermers”, delimitant-los en comportaments i actituds que es demostren en les accions que són pertinents, és a dir, assegurades per al dret i desenvolupades amb competències del infermer per afavorir les potencialitats dels subjectes que són cuidats, incloent a la famílies, amb la finalitat de mantenir o millorar la condició humana en el procés de viure o morir. Aquest professional amb competències ha de tindre totes les qualitats necessàries per al desenvolupament de les activitats d'infermeria basades en el coneixement, habilitats, destresa manual, pensament crític, judici i capacitat de presa de decisions(29).

La pràctica dels bons cuidatges d'infermeria es poden identificar segons les característiques establertes per Sandra Luévano, es pot identificar la pràctica de bons cuidatges d'infermeria, d'acord al grau que es dona en les següents característiques(30):

- Implicació de la infermera amb l'usuari
- Contacte físic
- Escolta activa
- Vivències compartides
- Acompanyament
- La informació per millorar l'autocuidatge
- Ajudar a creure com a ser humà
- La preocupació pel benestar i l'atenció de les necessitats de l'altre

4.2.1 Components dels cuidatges

Per poder establir cuidatges cal els subjectes del cuidatge o pacients, els quals tenen alguna alteració de salut. El professionals de salut amb coneixements de la ciència i de l'art de cuidar, permetran l'establiment d'una relació, que s'ha de presentar amb; intencionalitat, preocupació, empatia, llibertat, opció, responsabilitat i respecte(30).

Hi ha vuit components dels cuidatges definits per Milton Mayeroff (31), per tal que tota persona que vulgui cuidar hauria de conèixer i aplicar-los amb la finalitat de que la persona cuidada es senti satisfeta quan hagi rebut els cuidatges adients. Els principals components són:

- Coneixements sobre la persona receptora dels cuidatges, les seves necessitats, limitacions i el seu entorn.
- Ritmes alternats que marquen l'aprenentatge d'impartir els cuidatges des d'un passat.
- La paciència és un component important del cuidatge, ja que s'ha de donar temps a la persona cuidada per a que es torbi en si mateix i a la seva manera. També s'inclou la tolerància, la qual expressa el respecte al creixement de l'altra persona.
- Sinceritat i certesa al oferir els cuidatges, i correspondre a les seves necessitats davant un canvi. Aquest aspecte ajudarà la integració dels participants en els cuidatges.
- Confiança en el creixement de la persona i la seva llibertat.
- Humilitat per tal d'aprendre sobre el mateix cuidador i la persona cuidada.
- Esperança en el canvi i la possibilitat d'un nou creixement o plenitud personal.
- Coratge per confiar amb el cuidador i de la pròpia capacitat d'autocuidatge.

La conjunció de tots els elements permetran l'establiment de la relació infermera-pacient d'una forma interpersonal, la qual converteix el cuidatge com una acte de vida per les dues persones i es crea "el moment de cuidatge" descrit per Jean Watson(28).

4.2.2 Dimensions dels cuidatges

El procés de cuidar està inclòs en diverses dimensions i necessitats biomèdiques de la persona. Per tant el concepte opta de varies nocions adaptades a la seva base conceptual i a cada individu. Tal com descriuen Cristiane i Lorenzino(32), el cuidatge es pot classificar per dimensions. (Veure Taula 1. Dimensions dels cuidatges)

Taula 1. Dimensions dels cuidatges

Dimensions	Explicació
<i>Cuidar de si mateix o autocuidatge</i>	Consisteix en la interacció del diàleg en un mateix i terceres persones. De manera que es desperta una autoconeixement i el autocuidatge, per formar part del procés d'aprenentatge de cuidar. A més, cuidar de si, dona l'oportunitat d'autoreflexió, manifestació d'emocions, l'absorció de vivències que es tradueixen al coneixement i l'autopercepció com a subjecte, amb l'activació de la subjectivitat i la sensibilitat(33).
<i>El cuidatge com a valor individual</i>	Es considera el valor que desenvolupa i millora la condició humana, incloent la convivència social. Cada individu recull una sèrie de valors que condicionen el seu estil de vida. Cuidar es pot convertir en un valor de millora en el benestar moral del subjecte, ja que donant cuidatges proporciona la sensació d'harmonia, ajudant i oferint empatia, afecte, atenció i respecte a la persona que ho necessita. Fins i tot aquesta idea moral és pot convertir com l'essència de les professions dedicades a la salut(28,34).
<i>El cuidatge professional i en la pràctica assistencial</i>	El professional es aquell cuidatge practicat per professionals dedicats a l'àrea de salut, els quals tenen coneixements científics i habilitats tècniques que ajuden a la comunitat. Mitjançant la preparació tècnica i la formació formal, els professionals adquireixen una visió ampla sobre la salut, la malaltia i els cuidatges per tal de donar suport a la integritat del ser cuidat(34,35).
<i>El cuidatge com a relació d'ajuda</i>	Per establir una relació d'ajuda, es necessari que el cuidador s'aproximi a l'altra persona, observant-lo en totes les seves dimensions, per tal de estar en una situació de respecte i confiança. La relació permetrà fluir i compartir coneixements, sensibilitat, habilitats tècniques, així ajudant a l'altre a créixer. Totes les característiques personals del ser cuidat es mobilitzaran en un sistema del cuidatge.
<i>El cuidatge afectiu</i>	Aquest està present en les actituds, sentiments relacions i experiències dels professionals de la salut, en que s'entén el cuidatge com un acte d'amor. Sobretot els sentiments afectius, desvelen informacions del ser que serà cuidat, els quals entendre'ls i coneixe'ls permet establir una autèntica relació afectiva i empàtica, en la que flueix la sensibilitat, la confiança, la comunicació, el compromís, l'acceptació, el respecte, la receptivitat i la competència. Tot així, no és un procediment fàcil, i es requereix d'una aproximació profunda al ser cuidat(34).
<i>El cuidatge comú com a acte i actitud</i>	El cuidatge es vist com una acció i un acte de familiarització, comprensió i demostració de les habilitats tècniques i sentiments propis de cada cuidador que experimenta el procés de cuidar. Aquest procés resultarà ser un benefici de la salut d'una altra persona. Per a que es pugui desenvolupar correctament, es necessari que el professional opti per actituds com; presenciar, vigilar, orientar i educar, respectant les persones a nivell biopsicocial(34,35).
<i>El cuidatge educatiu</i>	Es refereix a les diferents informacions, ensenyaments i programes d'educació formal i informal. De manera que els cuidatge educatiu és l'exercici del pensament crític, del esperit de la ciutadania i la contínua recerca de nous avenços. L'equip d'infermeria és el que realitza majoritàriament aquesta pràctica evolutiva, la qual converteix el cuidatge com més autèntic, i fins i tot ajuden en la reeducació si el problema persisteix en la persona cuidada(36,37).

<i>El cuidatge com a relació dialògica</i>	El diàleg entre dues persones estableix una relació dialògica, en la qual es concreta la intenció del cuidador i fer sentir un món subjectiu al receptor. Des dels aspectes científics i els valors personals, es produeix la trobada dels desigs de ser cuidat. Aquest trobament es reconeix com a fruit de la comprensió de l'expressivitat de l'altre basada en les seues sentiments, emocions i respecte de la persona cuidada.
<i>El cuidatge aliat a la tecnologia</i>	La tecnologia fou creada per crear benefici de la salut i facilitar l'establiment dels cuidatges, ja que aquesta permet la millora o el manteniment de l'estat de salut. El avenços tecnològics no pretenen superar l'essència del ser humà, per tant, en el futur s'ha d'establir uns límits de fins quant ha de formar aquesta part del ser humà.
<i>El cuidatge interactiu</i>	Quan hi ha una implicació en els cuidatges de la salut, en aquests interactuen i s'associen professionals, al pacient i familiar. Gràcies a la interacció d'aquests, el cuidatge interactiu s'estableix a partir de les forces internes, és a dir, de l'intercanvi entre el món interior i exterior del ser cuidat i del cuidador(34).
<i>El no cuidatge</i>	S'entén com a la negació o el rebuig de ser cuidat. Principalment, aquest es presenta en aquells pacients o família que es senten inhibits en expressar o sol·licitar ajuda. Com a professionals de la salut, s'hauria d'ampliar la comunicació i la comprensió de la necessitat de ser cuidat.

Font: Elaboració pròpia basada en Cristiane K i Lorenzini A.

4.2.3 Principis inherents a la pràctica dels cuidatges

Els valors de cada ser humà radica el fet de pertànyer a l'espècie humana i des d'aquest punt de vista tothom es mereix un respecte per damunt dels interessos individuals i socials. Davant la diversitat cultural de la societat actual, el dret a la salut i dels cuidatges és el dret que es sobreposa per damunt de qualsevol consideració. De fet, la OMS i la Carta dels Drets Humans ho reconeixien, ja que s'ha de respectar els drets la persona malalta, tal com són: la confidencialitat, la veracitat, autonomia i llibertat de consciència (38) Per tant, els infermers tenen que exercir un cuidatge que estigui orientat en uns valors per poder exercir un verdader cuidatge que defensi la dignitat de la vida humana i ofereixi una seguretat vital per la persona. Els principis o valors ètics per practicar els cuidatges són(39,40):

a) La dignitat humana:

Històricament, i des d'un punt de vista ampli sobre l'home, aquest s'ha demostrat com un mereixedor de posseir unes qualitats, les quals el defineixen i el qualifiquen com un ser digne. Aquestes són les qualitats:

- Capacitat d'observar, contemplar i apreciar la bellesa, com una qualitat excel·lent, dipositada en l'esperit de l'home.

- Posseir llibertat per modelar-se a si mateix, com a facultat de triar entre opcions oposades, per arribar a una superació de si mateix, o bé romandre sense esforç de modificació personal.
- Posseir una naturalesa disposada a adaptar a noves circumstàncies i experiències, a créixer, madurar i donar fruits propis.
- La persona humana és un ésser contemplatiu, preparat per recollir-se en el seu interior i ser analític i reflexiu.
- L'home té capacitat per arribar a ser tot allò que es proposi. Pot no acostumar-se amb la mediocritat i aspirar a la excel·lència.
- Pot desenvolupar l'home la seva intel·ligència mitjançant raonament, bon judici i vida activa.

b) Igualtat:

Oferir cuidatges infermers respecte les necessitats individuals, amb independència de característiques personals, interacció amb altres professionals d'una forma no discriminatòria, expressar idees sobre la millora de l'accés a la infermeria i l'atenció sanitària.

c) L'amor com l'eix d'actuació:

L'amor és vist com un punt clau per aconseguir la satisfacció i plenitud total de la vida. A més, aquest aspecte aporta un interès real a les persones en una actitud positiva i afectiva cap a elles. Doncs, des del punt de vista infermer, l'amor es comportaria com una forma de vida i un comportament a l'hora de tractar amb els pacients i la dedicació al seu treball. Això també permetrà el desenvolupament de disciplina, concentració, paciència, preocupació, dedicació i bones condicions físiques.

d) Cerca de la veritat:

Aquest aspecte ajuda a millorar el quefer infermer, ja que s'indaga més enllà de les capacitats tècniques o científiques de la disciplina infermera. Doncs, el professional pot investigar sobre qüestions del home, amb una actitud humil i positiva per trobar la veritat. Doncs, s'haurà de documentar els cuidatges infermers de forma exacta i honesta, obtenint suficient dades per emetre judicis firmes abans d'informar de les infraccions de les polítiques organitzatives,

participar en els esforços professionals per protegir al públic de la informació equivocada sobre infermeria

e) L'home com un ser històric i incomplet:

Com a ser històric, la infermera ha d'assimilar coneixements necessaris per proporcionar els cuidatges de forma integral i més satisfactoris pel pacient i pel propi professional.

4.2.4 Competències actitudinals del professional infermer en els cuidatges

El comportaments que assumeix el personal d'infermeria davant al pacient són vists i estudiats des de les diferents perspectives, que emmarquen a les persones com sers biopsicosocials, intervenint en la part més profunda del ser. De tal forma que les professional no sols ha de tindre en compte la part física, sinó també, la part psicoafectiva(41).

Doncs, els professional ha de tindre unes competències per promoure la salut holística i l'atenció personalitzada tenint en compte les competències tècniques, relacionals, emocionals, ètiques, espirituals i culturals (42). Per a que hi hagi una aproximació personal a l'hora de cuidar i hi hagi una millora en l'eficàcia dels cuidatges, el professional d'infermeria requereix de les següents habilitats (4,26,43):

a) Capacitat d'escolta activa i comunicar-se de forma empàtica:

La comunicació funcional entre els professionals de la salut i la persona, és un component important en la prestació de cuidatges i és essencial per la millora de l'experiència dels cuidatges de la persona. A causa de la vulnerabilitat de l'estat de salut dels pacients, els professionals han de promoure la confiança, la seguretat, la qualitat i la continuïtat dels cuidatges, mitjançant unes estratègies de comunicació. El contacte visuals directe, un somriure o mostres d'emoció són eines utilitzades pels professionals de la salut, que animen a les persones a sentir-se més segures per expressar els seus sentiments i idees en cada interacció i ajudar a desenvolupar un fort vincle en la relació terapèutica. Així doncs, en el moment que s'estableixi una comunicació amb la persona que ha de ser cuidada, s'ha de procurar seguir unes recomanacions (44). (Veure Taula 2. Recomanacions en la comunicació professional-pacient)

Taula 2. Recomanacions en la comunicació professional-pacient

Recomanacions en la comunicació professional - pacient
<ol style="list-style-type: none"> 1. Utilització de les habilitats de comunicació obertes i explorar l'experiència dels cuidatges de salut de la persona. 2. Escoltar sense interrupcions. 3. Contestar i donar resposta a les emocions a través de l'empatia, la comprensió i l'atenció. 4. Sensibilitat a les dimensions no mèdiques dels cuidatges, per exemple les creences culturals, els valors i l'espiritualitat de la persona. 5. Ocupar-se del confort físic. 6. Proporcionar esperança, expressant suport, i estar disposat a ajudar. 7. Oferir temps pels cuidatges. 8. Utilització d'un enfocament positiu per motivar, animar i legitimar les experiències de la persona sobre la salut. 9. Proporcionar informació i recomanacions específiques basades en l'evidència per un canvi de comportament. 10. Explicar els cuidatges i el tractament lligant-los a les necessitats dels cuidatges de la persona. 11. Adaptació de les estratègies de comunicació basades en les necessitats d'alfabetització en la salut, la cultura, el llenguatge de la persona i de la seva família. 12. Assessorament, reconeixent i acceptant les opcions de cuidatges i serveis de la persona.

Font: Elaboració pròpia basada en RNAO; Cuidatges centrats en la persona i la família.

b) Intel·lecte i disciplina:

El professional d'infermeria ha de tenir un intel·lecte basat en la disciplina infermera, el qual constantment s'ha d'actualitzar amb els nous avenços i coneixements amb l'objectiu de mantenir una constància dels bons resultats i no deixar de banda el contacte amb les persones a l'hora de cuidar-los(45).

c) Coneixements sistematitzats per identificar i atendre les necessitats i possibilitats humanes:

La perspectiva de la persona informa al professional de la salut sobre el context de les necessitats dels cuidatges de la persona. Doncs, el coneixement de la persona en forma integral ajuda als professionals a mantenir i identificar les necessitats i les preferències de la persona, per la planificació i adaptació dels serveis per tal d'obtenir millora en l'estat de salut i satisfacció dels cuidatges(44).

d) Motivació:

Els cuidatges humans eficaços, eficients i oportuns són el producte de la preparació, experiència laboral i motivació del professional de la salut. La motivació pot convertir-se en l'element clau que dóna sentit a les necessitats d'autorealització del professional, depenent de diferents factors extrínsecs o intrínsecs de la persona. Així que la presència d'aquesta pot condicionar la qualitat dels cuidatges i dels resultats finals del servei sanitari(46).

e) Solidaritat:

La solidaritat es pot entendre com un procés, un esdeveniment o una experiència viscuda simultàniament per la infermera i per la persona que rep la cura. En aquest moment, s'interrelacionen pensaments i sentiments que es transmeten d'un ésser humà a un altre. Doncs aquesta vinculació, implica la sensibilització, la preocupació i la necessitat d'ajudar a les persones. Com a professional d'infermeria, els seus cuidatges s'han de basar en aquest concepte, els quals han de ser solidaris i compromesos mitjançant una relació interpersonal entre infermer i pacient(47).

f) Capacitat d'educar al pacient:

L'ensenyament s'ha de fonamentar en una bona relació entre el professional i la persona cuidada, ja que facilita la identificació de les necessitats del pacient. El paper de la infermera amb la capacitat d'educar, facilitarà i orientarà com s'ha de dur a terme els cuidatges de la persona, mitjançant coneixements adaptats a les condicions del pacient(47).

5 HUMANITZACIÓ DELS CUIDATGES

5.1 Etimologia i concepte “humanitzar”

L'humanisme és una corrent filosòfica i psicològica en la que es considera essencial conèixer i valorar totes les dimensions de la persona. Per tant, les persones com a individus posseeixen un holisme intrínsec, que busca mantenir la integritat i establir relacions amb els demés(48). Des del punt de vista filosòfic, els humanistes de totes les corrents filosòfiques proclamen la dignitat de l'home, la seva llibertat i igualtat de drets, incloent el fet de gaudir del benestar, la pau, el progrés i el respecte mutu per la convivència, sent aquest marc en el que la infermeria es nodreix per mantenir la humanització de les seves actuacions(49).

Tot i així hi ha un paradigma unificador entre infermeria com a ciència a partir del coneixement, la pràctica i la investigació de infermeria com a disciplina professional(50). Aquest fenomen es visualitza en la gran part dels models i les teories infermeres, ja que es basen en una visió humanista dels cuidatges, els quals donen suport a la importància que se li assigna al individu, a la seva llibertat personal, la creativitat individual i a l'espontaneïtat(51). Doncs, tan els autors dels models naturalistes, els de suplència- ajuda, com els models d'interrelació o relacions personals, tenen una vessant humanística.

La conceptualització d'humanisme ha variat el seu significat al llarg de l'evolució històrica, el qual ha obtingut diversos significats. A principis de l'història, aparegué l'humanisme grec, el qual tenia com objectiu educar o civilitzar, mentre que el medieval cristià l'entenia com evangelitzar. Seguidament, l'humanisme renaixentista va aprofundir més en aquest terme, així proposant la individualització de la persona per entendre el seu saber, art, estil o consciència. Seguidament, l'humanisme il·lustrat tenia com objectiu l'emancipació i elevar al gènere humà al nivell estrictament humanista, per tal de saber, educar i formar part d'una vida ètica i política, escolaritzar i democratitzar.

La conceptualització actual de l'humanisme es va originar a principis del segle XIX. Aquest l'entén com trobar-se en un mateix, recuperar-se de l'alineació i encausar la vida d'una forma humana. De manera que s'enfoca l'atenció al ser humà amb valors i

necessitats, com al centre de la vida. Aquest enfocament humanístic que ha persistit en el passat i també en l'actualitat, fa reflexionar sobre els diferents processos o activitats de les persones, especialment en la pràctica professional. Des del punt de vista d'infermeria, la humanització en la seva pràctica clínica, la converteix com a més enriquidora i significativa per la resta de la societat, ja que humanitzar significa fer a algú o alguna cosa més humà, familiar o afable(24).

Segons l'OMS(52), la humanització és un procés de comunicació i suport mutu entre les persones, destinada a la transformació i comprensió del esperit de la vida. En aquest procés es busca generar un enllaç entre el personal de la infermeria, el pacient i la seva família amb la finalitat de crear solucions oportunes, ràpides i de qualitat(41,53).

Èticament, humanitzar és un assumpte que involucra els valors que condueix la conducta professional en el àmbit de salut. Quan els valors es sobreposen per dissenyar polítiques, programes i vetllar per les relacions associades amb la dignitat de tot el ser humà, llavors es pot parlar d'humanització(54).

Des del punt de vista de l'estudi dels cuidatges infermers mitjançant l'hermenèutica, és indispensable el diàleg com a element que facilita la integració, l'enteniment i reconeixement del ser humà en la seva totalitat(55). Així que sempre hi ha d'haver un organització o reorganització de les pràctiques de la salut, comprovant el compromís dels avenços de la ciència amb els valors humans, ja que existeix una confrontació a l'hora de de la pràctica professional, especialment en els cuidatges infermers(54). Aquest fet promulgarà l'estudi de la multicausalitat dels cuidatges oferts a la persona cuidada.

5.2 Cuidatges humanitzats

Recentment, s'ha introduït el concepte de “cuidatges humanitzats”, els quals impliquen la realitat de l'exercici infermer i les conductes necessàries per assegurar un servei de qualitat. Moltes institucions sanitàries han vist la necessitat d'incloure la humanització com a principi moral i ètic en els seus serveis de cuidatges, a partir de la tasca que desenvolupen els treballadors de la salut(56).

Englobant el concepte “humanitzar” i els cuidatges infermers, es construeix un nou concepte, anomenat “cuidatge humanitzat”, el qual es converteix en una filosofia de vida aplicada a la pràctica professional d'infermeria(57). Com atribut del cuidatge, la humanització exigeix a les infermeres unes habilitats humanes per combinar els aspectes professionals i tècnics amb la capacitat de relacionar-se amb les persones que les rodegen (58).

Els cuidatges infermers involucrats en l'humanisme, s'entendrien com a fer els cuidatges més humans, familiars, cordials segons el context i les necessitats de cada persona, fonamentant la qualitat dels serveis prestats(24,59). Aquest concepte fa referència a la interacció entre el pacient i el professional infermer, creant una relació terapèutica. El receptor conegut com a pacient, ha de clarificar les seves necessitats, reconèixer els seus sentiments i enfocar-los positivament. Així doncs, la pràctica dels cuidatges humans suposa establir un entorn de cuidatge humà i una cultura de respecte i afecte, en el que no sigui la malaltia el focus de l'atenció, sinó el ser humà com a subjecte(58).

En altres paraules, el cuidatge humanitzat significa el maneig del pacient de forma integral, tenint en compte la seva esfera biopsicosocial i no sols la seva esfera física, és a dir, considerar al ser humà holísticament, basant l'atenció d'aquest en els principis bioètics que guien el quefer dels professional d'infermeria i fent partícip dels cuidatges a la família i al seu entorn(60).

La implicació de valors, desig, compromís per cuidar, coneixement i accions de cuidar amb els seus respectius components, formen el cuidatge humà(24). Tot això representa una guia i un gran suport a la pràctica pel benefici que es crea a l'hora de cultivar una consciència dels cuidatges i l'establiment d'una relació terapèutica forta i sostenible entre pacient-infermer. A partir dels quals es representa el quefer infermer basat en valors humanistes amb la finalitat de satisfer les necessitats dels pacients i millorar la seva qualitat de vida(57).

Hi ha varis aspectes importants que aporten a la pràctica dels cuidatges humanitzats. Primerament, és necessari integrar totes les habilitats de la infermera i anar més enllà dels aspectes tècnics, ja que el concepte humanització s'utilitza a part de la

millora del cuidatge en les dimensions tècniques i científiques, on es reconeixen els drets dels pacients, el respecte per la individualitat, dignitat i una autonomia en una relació de persona-persona. En segon lloc, és clau reconèixer la centralitat de la relació amb els pacients i la forma en que es realitza, evitant els prejudicis, centrar-se amb el pacient, valorar profundament, transmetre habilitats, compartir sentiments, oferir confort, protegir, preservar la dignitat, informar i facilitar l'enfrontament de les transicions i dels esdeveniments nous de la seva salut fomentant la seva presa de decisions i participació en els plans de cuidatges (58).

El fet d'involucrar el pacient en la planificació dels cuidatges, fa que la persona tingui més sentit en el context de la seva vida. De manera que es millora la persona en relació a l' experiència dels cuidatges i és converteix en un agent actiu junt amb els professionals de la salut a l'hora de determinar els objectius i els plans de cuidatges. Durant aquest procés, la perspectiva de la persona s'ha de mantenir com a punt central en la planificació per assegurar que el pla de cuidatges és personalitzat i que es dirigeix a les necessitats úniques de la persona i a les seves circumstàncies de vida (44).

En resum, els cuidatges humanitzats es refereix a la relació dels coneixements de la ciència i dels valors del ser humà per poder establir una relació i una assistència de qualitat. Doncs, la visió humanística canvia la perspectiva dels cuidatges d'infermeria en un espectre més ampli i que s'enfoca en la planificació dels cuidatge més propera de la persona, intercanviat sentiments i emocions(61).

5.2.1 Subcategories dels cuidatges humanitzats

L'atenció d'infermeria s'ha de caracteritzar per un alt component d'humanitat i suport al pacient per assimilar els problemes de salut i el seu tractament, de tal manera que es precisen d'uns atributs o característiques que formen el cuidatge humanitzat, d'una forma global i unitària.

a) Integritat:

Segons referents teòrics descriuen el cuidatge d'infermeria com aquell que es basa en la col·laboració, amb la finalitat que el pacient augmenti la seva harmonia i tranquil·litat, per obtenir un procés d'autoconeixement. Per tant, els pacients necessiten una atenció integral que fomenti l'humanisme, la seva salut i la qualitat de vida(57). Si l'infermer

concentra la seva tasca social sanitària en una atenció integral, considerant a la persona com una unitat del cos, ment i ànima, incloent també el seu context social, cultural, històric i psicoemocional, s'obtindrà un cuidatge humanitzat intrínsec i propi d'infermeria(62).

b) Inclusió de la família i l'entorn social:

Per obtenir una atenció integral i de qualitat, ha d'haver-hi un diàleg permanent entre la persona cuidada i les persones del seu entorn. Doncs, el professional de la salut ha de transmetre els seus coneixements i habilitats, per tal que el pacient manifesti els seus sentiments i desitjos, i la família s'involucri en el procés de recuperació de la persona. Segons Jean Watson(28), els cuidatge afectiu promou la salut i el creixement personal i familiar, en que la persona ha de mantenir una relació harmònica tant amb ell mateix com el seu entorn.

c) Ús de principis ètics:

El cuidatge humà manté les interaccions entre els humans, considerant la rellevància dels principis i valors com humilitat, respecte i justícia, amb l'absència d'aquests no existiria la vida en la societat. Al impartir una cuidatge humanitzat requereix el compliment dels principis bioètics de la professió infermera, els quals són; beneficència, no maleficència, autonomia i justícia. El fet d'incloure aquest principis i valors ajudar a tractar la individualitat, el respecte i l'equitat en la prestació dels cuidatges(58).

5.2.2 Condicions dels cuidatges humanitzats

Les condicions del clima laboral, tant les dinàmiques com les estàtiques determinen les característiques dels cuidatges a oferir, influint tant positivament com negativament en l'atenció humanitzada. És possible identificar dos subcategories dins de les condicions dels cuidatge humanitzat; l'ambient dinàmic i l'estàtic amb les seves subdivisions corresponents(60). (Veure Taula 3. Condicions dels cuidatges humanitzats)

Taula 3. Condicions dels cuidatges humanitzats

Ambient dinàmic	<i>Característiques personals del professional</i>	Empatia	Es dóna importància en l'empatia i la capacitat d'entrega dels professionals, en els quals es veu reflectits en els valors, en la percepció dels pacients al rebre els cuidatges i l'establiment de la relació terapèutica.
		Afecte	Tractar amb el màxim afecte possible a les persones, serveix per congeniar i facilitar el tracte entre professional i pacient.
		Seguretat	Oferir seguretat en la humanització dels cuidatges i estar en aquells moments que la persona necessita ajuda, cal assegurar-se com s'entreguen aquests cuidatges i com cal millorar-los, per tal que s'ofereixin unes cures segures. El professional ho ha de viure com una responsabilitat i un procés difícil, per minimitzar els possibles riscos de salut.
	<i>Valors en l'atenció</i>	Respecte	Vetllar per la salut del pacient, refereix que la persona ha de ser tractada amb respecte dedicació i responsabilitat, ja que els seus cuidatges seran més beneficiaris tant pels resultats dels professionals com per la persona cuidada.
		Dignitat	La verdadera qualitat de l'atenció sanitària és la combinació entre la ciència i el pensament humà, en la que entra en joc la dignitat mútua entre pacient i infermer. Oferir cuidatges segons la necessitat de la persona precisa el respecte per al dignitat d'aquesta.
	<i>Treball en equip</i>	Treballar dins d'un equip sanitari, permet interaccionar i compartir coneixements, tècniques, experiències que poden ajudar el quefer del professional, el qual de forma individual no podria aconseguir. Mitjançant el treball multidisciplinari, basat en la solidaritat, s'aconseguirà uns cuidatges integrals que en el seu conjunt abordaran la màxima qualitat del servei i millora de l'estat de salut del pacient.	
Ambient estàtic	<i>Condicions físiques de la institució</i>	Les característiques físiques d'un servei o una institució pot interferir a l'hora de vetllar per la seguretat i la privacitat de les persones. La privacitat dels usuaris i dels familiars és un dret fonamental, en el que l'espai físic té un rol imprescindible, influint directament en el benestar i comportament de les persones. El mobiliari, la il·luminació, el color, l'absència de soroll poden ser aspectes que ajudin a millorar la qualitat de l'atenció dels usuaris, a causa de la sensació de confort que transmet el lloc on s'ofereixen els cuidatges.	

Font: Elaboració pròpia basada en Landman et al.

5.2.3 Factors dels cuidatges humanitzats

El professional d'infermeria, i la seva interrelació amb el pacients, l'ha d'ajudar a adoptar conductes de cerca de la salut, determinant els deu factors del cuidatge. Jean Watson buscà l'extensió dels deu factors que s'evoquen en l'amor i el cuidatge com a suport teòric-filosòfic del cuidatge humà transpersonal, amb l'objectiu de connectar amb les dimensions existencials-espirituals i les experiències dels procés de la vida humana. Aquests són els principals factors dels cuidatges(63):

- ♦ Formació d'un sistema de valors humanistes i altruistes.

Per tal que les cures es converteixin en una pràctica amable i equànime, donant-li sentit a l'acte de cuidar. Aquests valors s'aprenen des de molt d'hora en la vida, però en la joventut són importants els models, és per això que les docents d'infermeria i les infermeres assistencials juguen un paper destacat en la formació d'aquests valors en les i els joves estudiants d'infermeria.

- ♦ Instil·lació de fe i esperança.

Les cures es transformen en una presència autèntica que permet i sosté el sistema profund de creences, tant del que té cura, com l'ésser que és cuidat. Cal tornar la mirada cap als aspectes ancestrals de la cura, on adquireixen importància la fe i l'esperança en les creences que l'ésser humà sustenta tant per a la seva salut com per a la seva curació.

- ♦ Cultivar la sensibilitat cap a un mateix i als altres, i les pròpies pràctiques espirituals i transpersonals.

La psicologia humanista i transpersonal considera que la relació que s'estableix amb el pacient és clau per aconseguir resultats en salut fins i tot més que els mètodes tradicionals. La comunicació entre la infermera i la persona cuidada ha de ser autèntica, una trobada persona a persona.

- ♦ Desenvolupar una relació de cures humans d'ajuda i de confiança.

Perquè les cures siguin autèntics cal que aquesta relació es desenvolupi i es sostingui en una confiança mútua. La infermera ha de veure el pacient com a ésser humà que necessita ser comprès, no com "objecte" de les seves cures, objecte al qual es pot manipular i tractar.

- ♦ Promocionar i acceptar l'expressió de sentiments positius i negatius.

Aquest punt es deriva del tercer “conrear la sensibilitat d'un mateix i dels altres”. L'acte-coneixement i l'acceptació permeten compartir sentiments amb l'altre. L'autora d'aquesta teoria reconeix que és una experiència que implica riscos, tant per a les infermeres com per als pacients; la infermera ha d'estar preparada per als sentiments positius i negatius, comprendre emocional i intel·lectualment una situació, i ser capaç d'establir la diferència.

- ♦ Ús sistemàtic del mètode científic per a la resolució de problemes i presa de decisions.

Aquesta és una actitud creativa per resoldre problemes, és una forma de conèixer les parts del procés de la cura incorporant l'art en la pràctica de cuidar-sanant. La cura d'infermeria adquireix el caràcter científic basant-se en un mètode organitzat i sistemàtic. L'ús del mètode de resolució de problemes com a eina ha permès a les infermeres una pràctica científica de la cura.

- ♦ Promocionar l'ensenyament i l'aprenentatge transpersonal.

És una experiència genuïna d'enllaçar l'ensenyament i aprenentatge com una unitat de "ser" i amb "significat". Els professionals de la salut, en general, tenen el deure de preparar-se per educar i lliurar informació a la persona cuidada, d'aquesta manera, l'ajudaran a adaptar-se i a disminuir l'estrès; a la vegada, els infermers també han d'aprendre a rebre de l'altre.

- ♦ Crear un entorn de suport o connexió mental, física, sociocultural i espiritual, proporcionant un ambient sanador en tots els nivells, donant força i energia al "ambient no físic".

D'aquesta manera, es reforça la bellesa, la integritat, la comoditat, la dignitat i la pau. El benestar s'ha d'avaluar des del pacient i no per rutines establertes en els serveis hospitalaris. Aspectes com un llit confortable, una posició correcta i la realització d'exercicis, són tan importants com explicar al pacient els procediments que es van a realitzar, i la satisfacció de les seves necessitats espirituals.

- ♦ Ajudar a la satisfacció de les necessitats humanes.

Satisfer les necessitats bàsiques donant-li sentit a la cura, subministrant l'essència de la cura humà, reforçant la integritat cos, ment i esperit, com un ésser únic en tots els aspectes del cuidar, incorporant el desenvolupament espiritual profund.

- ♦ Acceptació de forces existencials-fenomenològiques.

S'han d'atendre i obrir els misteris espirituals i existencials de la vida i la mort cuidant l'ànima d'un mateix i de l'ésser que es cuida.

5.2.4 Beneficis dels cuidatges humanitzats

La prestació dels cuidatges humanitzats, lligats amb els seus condicionants intrínsecs o extrínsecs i característiques principals dels cuidatges comporta unes repercussions positives tant per als pacients, com als propis professionals d'infermeria i fins i tot, per les institucions del servei. De manera que es presenta el següent (43):

En els pacients:

- Rebre una atenció oportuna, personalitzada, humanitzada, contínua i eficient.
- Eliminar o reduir les molèsties que es poguessin produir en les activitats infermeres.
- Millorar la comunicació i relació infermer-pacient.
- Informar millor al pacient per tal de que el pacient pugui prendre decisions sobre el seu estat de salut.
- Menor alteració de l'economia.
- Assegurar la mínima estància hospitalària.
- Incrementar la satisfacció de l'atenció.

En els professionals d'infermeria:

- Una pràctica professional competent i responsable.
- Potenciació de la capacitat de decisió i autocontrol del treball.
- Consciència i compromís en el canvi.
- Projectió positiva d'autoimatge i de la imatge pública.
- Enfortiment del sentit de la identitat i pertinença a la professió.
- Increment de la satisfacció professional i laboral.

En la institució:

- Increment de la satisfacció del usuari.
- Certificació hospitalària.
- Enfortiment de la imatge institucional davant la societat.
- Major productivitat, eficiència i eficàcia.
- Menor risc de demanda per la mala qualitat de l'atenció.
- Reconeixement de qualitat.
- Major control de costos per la prevenció d'errors.
- Manteniment de la qualitat del servei.

5.3 Models infermers basats en competències humanístiques

Les bases teòriques de la professió d'infermeria s'han anat construint a partir dels models i teories descrites des de l'aparició clara de l'ofici d'infermeria. La primera referent teòrica que aparegué, fou Florence Nightingale, la qual va definir les funcions pròpies d'infermeria. Posteriorment, i sobretot a mitjans del segle XX, es van desenvolupar més models conceptuals i importants per la disciplina infermera, tal com Virginia Henderson, Dorothea Orem, Callista Roy i Hildegard Peplau entre d'altres professionals. La gran part es fonamenten principalment en una visió humanista dels cuidatges, en la qual es poden destacar alguns autors que jugaren un paper important a nivell humanístic.

5.3.1 Teoria dels cuidatges humanitzats de Jean Watson

Un clar autor que basa la seva teoria en la humanització de les cures i els cuidatges infermers fou Jean Watson amb la seva “Teoria dels Cuidatges Humanitzats”. Watson afirmà: *“El cuidatge humà pot ser demostrat efectivament i ser practicat tan sols d'una forma interpersonal. El procés humà intersubjectiu manté viu un sentit comú d'humanitat, el qual ens ensenya com ser humans i identificar-nos amb els demés, de tal manera que la humanitat de cadascun es reflecteixi en l'altre”*(28).

Amb aquesta afirmació, es refereix que els cuidatges infermers d'una forma moral, és un procés interconnectat, intersubjectiu de sensacions compartides entre la infermera i el pacient. Doncs, el professional des de les diferents funcions que té; gestió, assistència, formació, docència i investigació, ha d'integrar les necessitats i el compromís moral de l'infermer per protegir la dignitat humana, el qual fomentarà la pràctica clínica (57,61).

La teoria de Watson reconeix a la persona cuidada com un ser integral, amb la capacitat de poder participar en el plantejament i l'execució del seu cuidatge, on l'aspecte sociocultural és preponderant pel cuidatge del pacient. Per tant, la teoria del cuidatge humà facilita i guia un cuidatge humanitzat dins de l'àmbit d'infermeria.

A més, Jean Watson creà l'escala de la mesura del *Cuidatge Humà Transpersonal* basat en la seva teoria, la qual presenta sis dimensions. (Veure Taula 4. Dimensions de l'escala de la mesura del cuidatge humà transpersonal)

Taula 4. Dimensions de l'escala de la mesura del cuidatge humà transpersonal

Satisfer les necessitats	Les necessitats humanes estan estratificades, de manera que el treball del professional, al oferir cuidatges, està destinat a la satisfacció de les necessitats humanes en l'àmbit de la salut d'un individu, una comunitat o una població, d'una forma integradora i holística, en la que s'inclouen totes les necessitats(64).
Habilitats i tècniques de la infermera	Es sostinguda per la sistematització de l'assistència o procés d'infermeria a càrrec de la responsabilitat de l'infermer.
Relació infermera-pacient	La comunicació representa una necessitat del pacient i de la família. De forma simultània, permet al pacient conèixer el seu estat de salut i estar actualitzat respecte a la seva malaltia. Per tant, es necessària la sensibilitat, l'actitud oberta, l'altruisme, la congruència, l'honestat i la cerca de la veritat.
Autocura del professional	El cuidatge del professional és l'essència de la infermeria, i aquest és desenvolupat pels professionals amb coneixements científics de l'àrea de la salut i tenen unes habilitats tècniques que ajuden als individus, a les famílies i comunitats a millorar i recuperar la seva salut(65).
Aspectes espirituals dels cuidatges infermers	En essència l'espiritualitat és un fenomen íntim i transcendent que és vital per al desenvolupament de la recuperació de qualitat en el pacient. A més, una fortalesa, motivació i recerca del significat de la vida. És per això que la cura espiritual ofert pel professional d'infermeria ha de ser un amb un sentit de responsabilitat, respecte i dedicació al pacient, sobretot si el pacient està en el procés de mort(66).
Aspectes ètics dels cuidatges	L'ètica d'infermeria estudia les raons dels comportaments en la pràctica de la professió, els principis que regulen aquestes conductes, les motivacions i els valors. Davant el sustentat podem concloure que la cura humanitzada s'ha d'estar immersa en una filosofia de vida del quefer infermer, que té cura i que ha de cuidar-se per garantir la qualitat de cures que brinda en els diferents escenaris de l'àmbit de la salut.

Font: Elaboració pròpia basada en Poblete et al.

5.3.2 Teoria de la diversitat i la universalitat del cuidatge de Madeleine Leininger

Madeleine Leininger basa la seva teoria en la infermeria transcultural, una branca d'aprenentatge de la infermeria que es centra en l'estudi comparatiu i l'anàlisi de les cultures quan s'apliquen a la infermeria i les pràctiques de les persones, creences i valors de la salut-malaltia, per ajudar-les a mantenir o recuperar la seva salut, fer front a les seves discapacitats o a la seva mort(67).

Els cuidatges culturals conformen la teoria integral d'infermeria més àmplia que existeix, ja que té en compte la totalitat i la perspectiva holística de la vida humana i l'existència al llarg del temps, incloent factors culturals socials, la visió del món, la història i els valors culturals, el context ambiental, les expressions del llenguatge i els models populars i professionals. La teoria de les atencions culturals pot ser inductiva i deductiva. La teoria proposta s'ha de veure en termes holístics o dins de dominis específics d'interès, en el que l'objectiu principal de la infermera transcultural es proporcionar cuidatges que siguin coherents amb els valors, les creences i les practiques culturals(67,68).

Doncs, resulta essencial que el professional d'infermeria sàpiga respondre de manera integral a les necessitats dels pacients. També és fonamental per a dur a terme un procés de relació d'ajuda eficaç, que el professional d'infermeria tingui la capacitat d'identificar i donar respostes a les necessitats espirituals i emocionals de les persones a les quals presta atenció(69).

En conclusió, el professional d'infermeria ha de descobrir i adquirir els coneixements sobre el món del pacient i així faci ús dels seus punts de vista interns, els seus coneixements i pràctiques, amb l'ètica adequada. De forma general, respecte a les definicions de cura, atenció, cultura, valors culturals i diferències culturals, que va descriure Leininger, autora va especificar: *“l'atenció és el tema central del cuidatge, el coneixement i la pràctica infermera, ja que l'atenció inclou els actes per ajudar i donar suport o facilitats a individus o grups amb necessitats evidents o previsibles, que també serveix per millorar les condicions humanes i les formes de vida”*(69).

5.3.3 Teoria del cuidatge caritatiu d'Erikson

En aquesta teoria es corrobora que el cuidatge és l'essència de la ciència del cuidar. La presència de sofriment es converteix en l'única raó bàsica de l'aplicació del cuidatge, ja que els cuidatges són els encarregats d'alleujar el sofriment mitjançant la caritat, l'amor, la fe o l'esperança.

El professional infermer ha de comprendre a cada pacient com un ser humà únic, el qual ha d'ensenyar i entendre el cos, la ment i l'espiritualitat de la persona. La relació entre infermera i pacient es produirà a través de l'amor, la caritat, el respecte per la dignitat de la persona, amb l'objectiu de satisfer els cuidatges(70).

5.3.4 Teoria humanística infermera de Paterson i Zderad

Aquesta teoria descobreix una nova cara de la infermeria, en la que hi ha un trobament entre pacient-infermer, que a partir de les seves experiències buscaran planificar un cuidatge per la cerca d'un major benestar.

Una infermera ha d'anar més enllà de la competència tècnica científica, doncs mitjançant el diàleg i la comunicació, s'hauran de buscar i respondre les necessitats de la persona cuidada. Per tant, és important el fet de reconèixer que cada persona té una singularitat individual i posseeix una capacitat d'autoreflexió, per tal de valorar i entendre les experiències passades dels cuidatges, de la salut o la malaltia.

Paterson i Zderad afirmaren que: “ *la salut es troba en la voluntat de la persona en estar oberts a les experiències de vida, independentment del seu benestar físic, social, psicològic o espiritual, és alguna cosa més que l'absència de la malaltia*”. Per tant, independentment de la malaltia, el pacient ha de compartir les seves experiències i establir una relació de confiança amb l'infermer, ja que millorarà l'enfrontament davant la malaltia o l'arribada de la mort(71).

5.4 Valor afegit dels cuidatges humanitzats

El concepte de percepció dels cuidatges, es defineix com el procés mental mitjançant el qual, el pacient i el personal d'infermeria obtenen moments significatius en el seu interior durant la interacció dels cuidatges. Aquesta serà un procés subjectiu que depèn de com es compregui la percepció del cuidatge i com es doni la relació, existirà l'èxit conjunt del cuidatge. Però alguns comportaments són importants en la

interacció del cuidador, per tal de nodrir l'essència dels moments de cuidatge, dignificar al ser humà, enfortir la seva autonomia(72,73).

Diversos estudis s'han dedicat a la investigació i descripció dels comportaments del cuidatge humanitzat, en els quals s'han identificats diversos factors que promulguen l'establiment d'una bona relació terapèutica, augment de la satisfacció del pacient i millora de la qualitat dels cuidatges oferts(41). Els autors coincideixen en les següents dimensions:

- ♦ Sentiments del pacient:

La identificació dels sentiments del pacient és el punt de partida d'una relació interpersonal en la que dues persones propicien i estableixen una comunicació a través de la qual es comença un determinat procés, produint un intercanvi d'idees i pensaments, reconeixent tant els sentiments com la seva realitat i explorant al mateix temps, l'evolució del pacient(74).

- ♦ Característiques de la infermera:

Les característiques del infermer es defineixen per una visió holística de la humanitat, perspectiva des de la qual, l'atenció d'infermeria es dirigida cap a les necessitats fonamentals dels pacients. Per tant, la infermera s'ha de manifestar com una persona única capaç de generar confiança, serenitat, seguretat, empatia, l'eficiència a l'hora de fer la feina, claredat per comunicar-se, compromís i solidaritat(41).

- ♦ Qualitats del quefer infermer:

Es fa referencia a aquells atributs que constitueixen l'eix fonamental sobre el qual giren totes les intervencions terapèutiques, assistencials i de cuidatge. També es veurà reflex les qualitats i els valors que caracteritzen les pràctiques infermeres com; el tracte cordial, la identificació de les necessitats del cuidatge, la disponibilitat per l'altre, l'explicació anticipada dels cuidatges, l'educació oportuna i suficient per promoure i potenciar l'autocuidatge, l'advocacia, la responsabilitat i el compromís(75).

- ♦ Suport emocional:

Aquest aspecte sorgeix del desig autèntic d'ajudar in mantindrà una actitud oberta per comprendre al malalt com a persona, vivint un procés vital, que afecta a les seves emocions, relacions, activitats, fins i tot posicions existencials i espirituals. Una actitud

oberta per reconèixer la relació del infermer i el pacient no és una relació neutra ni objectiva, sinó una relació interpersonal profunda que involucra aspectes de la personalitat i mobilitza els sentiments. Per tant, es troben aspectes com la confiança, l'acompanyament durant els processos mèdics, oferir tranquil·litat i donar cuidatges afectius(76).

♦ Suport físic:

El suport físic comprèn accions dels cuidatges d'infermeria relacionades amb el contacte físic, inspirades en un tacte delicat i subtil que aconsegueix preservar la dignitat de l'altre. Aquest es manifesta en accions senzilles i significatives, per exemple; mirar, tocar la mà, cobrir les necessitats físiques, ajudar a manejar el dolor i cobrir la comoditat de la persona cuidada. També es basa en fer sentir bé al pacient, per tal de valorar-lo i tractar-lo amb respecte i dignitat.

♦ Pro activitat:

La pro activitat és la capacitat d'algú per liderar la seva pròpia vida al marge del que passi al seu voltant, això comporta assumir responsabilitat de fer i decidir aspectes de les accions que es volen realitzar.

♦ Empatia:

L'empatia és la capacitat d'escoltar l'altre sense emetre judicis ni consells. També es definida com aquelles actituds i accions positives que sorgeixen en el procés del cuidatge com; mantindre una relació propera amb el pacient, permetre l'expressió dels sentiments sobre la malaltia, tractament i establir una relació agradable, escoltar atentament, posar-se al lloc de l'altra per comprendre'l i trobar un creixement mutu al cuidar.

♦ Prioritzar al ser cuidat:

Segons Rivera y Triana(72), prioritzar al ser cuidat fa referència al cuidatge d'infermeria que està orientat a la persona i cadascuna de les necessitats, les quals estan enfocades a la preocupació, la seva intimitat, la qualitat i integritat de la seva persona. Aquest compren el respecte que mostra una infermera cap al pacient, així cridar-lo pel seu nom, respectar les decisions i intimitat, etc.

♦ Disponibilitat per l'atenció:

Aquest aspecte està immers als comportaments d'infermeria enfocats al temps dedicat al pacient, l'administració del tractament, respondre amb rapidesa al cridar-lo, identificar les seves necessitats i la importància del seu estat d'ànim.

6 DESHUMANITZACIÓ DELS CUIDATGES

6.1 Etimologia i concepte “deshumanitzar”

Els orígens de la deshumanització té lloc a partir dels anys 50, en els quals es presentaven les pràctiques dels professionals amb deshumanització dels seus cuidatges, a causa de la centralitat dels aspectes fisiològics i biològics del ser humà, ignorant les característiques humanístiques d'aquest(77).

Segons Nick Haslam(78), la deshumanització en l'àmbit de la salut s'entén com la falta de cuidatges personals, suport emocional, falta de contacte i calidesa humana. L'èmfasi en l'eficiència instrumental i la normalització tecnològica entre d'altres causes, crea abandonament de la individualitat del pacient, menyspreant la seva dignitat i autonomia.

Al 1999, Jean Watson mencionà que seria insòlit cuidar a un individu oblidant la seva humanitat, deixant de banda l'empatia, el respecte i l'afecte a l'hora de cuidar algú(4). A pesar de que totes les definicions anteriors que es refereixen a la humanització, corroboren en l'essència de cuidar en la professió d'infermera que està lligada als fonaments de la disciplina, també es manifesten dificultats de la mateixa que s'ha d'enfrontar.

En un article del 2011, Gladys Guarín conclogué el següent: *“No és fàcil humanitzar l'assistència sanitària, ja que no hi ha suficient voluntat per donar un servei de qualitat, sinó que es necessari un replantejament conceptual i de l'organització de les condicions que ho faci possible, perquè la infermera s'enfronta a un gran desafiament, el d'exercir la seva activitat en un entorn marcat per nombroses exigències i diversos obstacles per un enfocament de gestió dirigit a oferir cuidatges científicament vàlids, culturalment competents, amb calidesa i seguretat, a persones que viuen diverses experiències”*(79).

Doncs, la gran quantitat de tasques que són exigides a diari al professional, el converteixen en una espècie de màquina que es programa per fer treball en massa, oblidant el sentit humanístic de l'atenció; per la diversitat de les labors demanades. El fi de l'atenció s'enfoca en treure quantitat, oblidant en moltes ocasions la qualitat de l'activitat(80).

6.2 Causes de la deshumanització

Moltes de les causes de la deshumanització dels serveis als malalts s'han de buscar en el clima cultural característics de l'època actual(81). Aquestes són les cinc causes principals:

1) Causes sociològiques.

La deshumanització de l'assistència sanitària està vinculada a la societat general, sent les mateixes forces socials les que creen la deshumanització. La visió del ser humà al llarg de l'història s'ha anat adaptant a la globalització i als nous canvis socials, de manera que cada cop el desenvolupament científic i tecnològic arriba en el creixement personal de la societat. Com a resultat, aquest procés de ha desencadenat un xoc de valors entre la cultura empresarial de les institucions sanitàries i les instàncies sociopolítiques(77,82).

D'altres factors socials que influeixen són els criteris econòmics (la competitivitat, l'eficiència i el materialisme), els ideològics (poder, domini, individualisme) i els socioculturals (èxit i plaer), els quals han degenerat la imatge del ser humà, ha creat la pèrdua de la visió central dels processos assistencials i dels valors humans(77).

En general, predominen els valors tècnics-científics i altres interessos sobre la qualitat i la calidesa que hauria d'oferir l'atenció sanitària. La qual s'ha vist transformada per una massificació de serveis desproveïts de la humanitat, en la multiplicació d'estructures sense criteris de racionalitat ni justícia, evocades als interessos majoritàriament polítics, professionals i institucionals. A més de la substitució de la persona com a mitjà per contribuir en fins de augment de productivitat i disminució de costos(81). Per tant, s'entén que hi ha ocasions en les que les persones amb problemes de salut es veuen desplaçades per aquests interessos. Així arribant a la següent conclusió; "l'hospital abans de ser un lloc de treball per sans ara és un lloc de cura pels malalts"

Fins i tot, altres autors com Martins(83), qualifica als hospitals com a llocs deshumanitzants i deshumanitzats, en els quals s'oprimeix al malalt des allunyat de la

seva condició de persona i dels seus valors. Pels professionals, aquesta persona es converteix en un número, en una operació o en una tècnica.

D'altres com Rios(84), considera l'hospital com un lloc de sofriment, ja que no reconeix la subjectivitat de la persona, sent una institució rígida i autoritària, sense comunicació, sensibilitat ni aspectes humanístics. Els professionals els tracten com a objectes i fragmenten els seus cuidatges centrats en la consecució de la tasca i desnaturalitzant el sofriment, originant una disminució de compromís i de responsabilitat a l'hora de produir salut.

Relacionat amb tot l'anterior, es conclou que hi ha els següents problemes lligats als factors sociològics de la deshumanització dels cuidatges(85):

a. Crisi de la cultura:

La societat al llarg dels anys s'ha definit transcultural, degut a la gran diversitat i universalitat cultural i religiosa, tal com va definir Madeleine Leininger. Últimament, s'imposa la figura de homogeneïtzar la cultura, per tal d'obtenir un determinat benefici en la pràctica clínica. Aquest fet perjudica directament en les relacions interpersonals que s'estableixen entre pacient-infermer, degraden la imatge del propi pacient i disminueix la satisfacció oferta pel servei sanitari.

b. Pluralitat dels sistemes ètics:

Tal i com s'ha mencionat anteriorment, es vulneren els drets i els valors propis de la persona, a l'hora de menysprear la seva ideologia, creences o cultura. Aquests ítems involucrats directament pels fonaments de la bioètica, són suprimits, de tal forma que es proposa la unificació per tal de aconseguir una ètica de mínims.

c. Vocació en front les exigències tècniques:

Per un lloc el personal sanitari se li exigeix una quota de sacrifici, abnegació, desinterès i entrega, mentre que la societat actual veu la seva tasca lligada al individualisme, egoisme, hedonisme, etc.

d. Medicalització de la societat:

De forma general, hi ha recursos materials i humans que estan invertits principalment solucionar els problemes de salut. De vegades, aquests dificulten la perspectiva del professional al tractar la causa del problema de salut.

2) Causes relacionades amb l'organització i el funcionament de les estructures sanitàries.

En l'organització i el funcionament de les estructures sanitàries, es troben alguns factors que influeixen en la practica deshumanitzant.

a. Inestabilitat del personal i la diversificació dels serveis:

En general un hospital funciona de la mateixa forma per tots els pacients, per tant, no hi ha assistència individualitzada i es despersonalitza el pacient. La persona malalta al ingressar a un servei sanitari, perd la seva identitat i es reconeix com una carrega amb un sobrenom segons la patologia que presenta.

Degut a la complexitat, dinamisme i sobrecarrega dels serveis, de vegades no es possible garantir el seguiment i l'atenció per part d'un mateix professional de la salut. Aquest fet dificulta l'establiment de la relació terapèutica, confiança i comunicació fluida i afectiva entre pacient-infermer.

b. Criteris d'avaluació de la qualitat dels serveis de salut:

En els últims anys, hi ha la tendència d'avaluar els resultats i la qualitat dels serveis de salut, amb la finalitat de que la institució pugui rentabilitzar al màxim els recursos sanitaris i originar més beneficis, tenint el compte la competència, la productivitat, l'eficiència i efectivitat.

Això a la pràctica afectarà com una deshumanització de l'assistència sanitària ja que existirà retallades en els pressupostos i personal, augment de volum de pacients o fins i tot, omissió de proves terapèutiques i diagnòstiques costoses.

c. Alta direcció per la gestió estratègica:

El centralisme de la direcció o gerència d'una institució, el qual presenta criteris economistes de productivitat, eficiència i competència, la pressa de decisions limitada, rebuig de de la defensa i criteris professionals, generen sentiments de frustració que afecten directament i negativament a la prestació del servei i la qualitat d'aquest.

d. Excessiva burocratització:

La necessitat de destinar temps a les activitats de caràcter administratiu per part del professional sanitari, restringeix el temps d'atenció assistencial del pacient.

3) Causes relacionades amb el personal sanitari.

L'agent assistencial, és a dir, l'infermer ha de dur a terme la seva tasca més enllà del moment tècnic i de la necessitat de curació centrada en la malaltia, deforma la identitat de la professió i creen els següents problemes:

a. Desequilibri en la formació acadèmica:

La formació està centrada en les habilitats tècniques, amb limitats continguts filosòfics o antropològics humanistes, el qual s'obté com a resultat a professionals amb gran saber científic i tècnica, però incapaços de reconèixer a la persona malalta com a sí mateixa. A més, es percep una escassa divulgació dels conceptes bàsics d'ètica i moral, els quals són necessaris per focalitzar l'atenció als pacients.

A més, el fet de seguir una persona exemplar, com seria un professor que no ofereix unes competències humanístiques en el seu treball, dona com a resultat un aprenentatge erroni sobre les actituds, expressions i actuacions que ha de seguir l'estudiant en el seu futur professional.

b. L'especialització:

El fet d'especialitzar-se en un àmbit en concret de la salut, comporta una ampliació dels coneixements científics i tècnics, els quals s'endinsen en la despersonalització de l'atenció sanitària, a més d'ignorar al pacient com a persona.

c. Vulnerabilitat del personal assistencial:

El professionals sanitaris estan sotmesos sota pressió de diferents normatives, disposicions jurídiques, normes, lleis que creen un clima d'amenaça, inseguretat i temor del propi professional. Aquests ítems des del punt de vista psicològic entorpeix la pràctica clínica i la relació terapèutica que s'estableix amb el pacient.

d. Dificultats de la realització professional:

L'autorealització personal és necessària per obtenir un creixement i una maduració interior, amb la finalitat de trobar plenitud en la seva persona, motivació i interès en aspectes tan personals, socials, culturals o laborals. Si el professional no està involucrat en aquestes pràctiques auto realitzables, afecta indirectament en l'oferta de les activitats dels serveis sanitaris.

e. Sobrecarrega de treball, desgast professional o “burn out”:

En ambients sanitaris sobrecarregats de treball (duració, intensitat, volum de treball) no hi ha suficient temps per establir relacions humanes amb els usuaris. A nivell personal, aquesta sobrecarrega, manifestada pel síndrome de “burn out” serà present de forma involuntària, inconscient i deshumanitzada, a l'hora de prestar els cuidatges pertinents als pacients.

f. Relació impersonal vs. relació de poder del professional:

La figura de qualsevol professional sanitari, crea una relació de superioritat davant el pacient, la qual no concedeix la possibilitat de participar en la prevenció, curació o rehabilitació dels pacients. Aquest fenomen vulnera la capacitat de decidir del pacient, genera conflictes, crea incomunicació i deshumanitza.

4) Causes relacionades amb el pacient.

Els cuidatges no es donen en un buit sinó que té lloc en un context i en relacions socials. Per tant, també existeixen elements que depenen del pacient i que estan presents en la pràctica clínica. Els principals són:

a. Desconfiança:

Les experiències negatives sobre aspectes de la salut, anteriors experiències, dubtes sobre els professionals sanitaris entre d'altres creen un clima de desconfiança a l'hora de ser atès en un servei. El pacient sembla centrar la seva atenció, confiança i interès en els aparells tecnològics i no en els professionals que els cuido.

b. Falses expectatives:

Una percepció errònia de les expectatives de curació al voltant de grans avenços tecnològics o científics, resten la importància del fet de cuidar. A més, es creen limitacions o imperfeccions del tractament, els quals no són assumits pel pacient i la seva família, i les entenen com un problema, incapacitat o irresponsabilitat dels professionals.

c. Exercici inadequat de l'autonomia:

Sovint, els pacients amb coneixements generals de la salut, agafen la postura de saber tot allò que pateixen i que necessiten. Aquestes condicions, s'interposen en els vàlids coneixements científics del personal sanitari i no aconsegueixen uns cuidatges que realment estiguin a l'altura del pacient.

5) Causes relacionades amb la tecnologia.

Pels professionals infermers, d'una forma rutinària, la tecnologia s'ha convertit en un aliat a l'hora de realitzar tècniques específiques. Però molts infermers han oblidat la importància del contacte pell amb pell, la de assentar-se un moment al costat del pacient i escoltar els seus temors, dubtes, inquietuds, o simplement el fet de saludar-los o dedicar-los-hi un somriure (80).

Segons Barnad i Sadenlowski(86), la tecnologia no es necessàriament oposada a l'atenció humanitzada, sinó que és complementària als cuidatges d'infermeria. Doncs, la infermeria és el pont que uneix la tecnologia amb l'atenció de la salut humana, i té la responsabilitat de mantenir la humanitat entre els medis tecnològics. Actuant en un conjunt els coneixements científics, les tècniques i instruments dels professionals, resulten ser satisfactoris en les necessitats humanes, mentre sempre es mantingui una relació terapèutica i un reconeixement de la dignitat humana del pacient(82).

En canvi, la societat veu que la tecnologia aporta molt a la seva salut, ja que demostra la prolongació de la vida, alleuja sofriments i millora la qualitat en el funcionament social de les persones. Tot així, aquests beneficis han fragmentat a les persones i les seves vivències, deixant descuidant el seu sentit humà de la malaltia, ja que el ser humà es deixa portar com un objecte al domini de la ciència i la tecnologia, els quals trenquen la seva dignitat.

6.3 Conseqüències actitudinals negatives de la deshumanització dels cuidatges

El fet de que la humanització s'estigui implantant inconscientment en les institucions sanitàries, comporta l'existència d'àmplies tendències actitudinals deshumanitzants en la pràctica dels cuidatges. Es poden trobar les següents conseqüències negatives(87):

- ♦ **Antisocialització:**

Generalment, la deshumanització condueix a l'antisocialitat, manifestada per l'augment de les conductes agressives com l'assetjament i el rebuig social. Aquesta major hostilitat i agressió s'acompanya de la reducció del valor moral atribuït als pacients menyspreats. En canvi, els responsables d'aquests maltractaments interpersonals poden experimentar emocions negatives com la culpa i la vergonya, que poden conduir a actituds deshumanitzants encara més fortes cap als seus objectius en un intent de minimitzar el seu patiment i justificar el maltractament. Aquesta deshumanització en resposta a la culpa, pot aparèixer un cicle viciós, en què la deshumanització promou el maltractament i l'agressió.

- ♦ **Maltractament psicològic:**

Els maltractaments interpersonals diaris poden deixar que les seves víctimes se sentin degradades, invalidades o desmoralitzades. Doncs, la negació de l'autonomia, la traïció, la humiliació, l'exclusió social entre d'altres són pràctiques deshumanitzadores que poden presenciar els pacients.

Quan les persones perceben els cuidatges deshumanitzats, mecànicament els pacients passen a ser tractats com a objectes, com a mitjà per a un fi o per manca de capacitat de sentir i tendeixen a entrar en estats "deconstructius cognitius" que es caracteritzen per una reducció del pensament, entumiment emocional, inflexibilitat cognitiva, i una absència de pensament significatiu, i fins i tot, experimentar sentiments de tristesa i d'ira.

7 PLANIFICACIÓ ESTRÀTEGICA DELS CUIDATGES HUMANITZATS

7.1 Programes d'atenció humanitzada

En l'actualitat, les institucions prestadores de serveis de salut, que reben el suport del Pla de salut 2018-2020 basat en una línia específica en l'atenció centrada al pacient i la família, han de centrar els seus esforços per brindar un servei de qualitat, no només en funcions assistencials i administratives, sinó també en el tracte amable i en la calidesa humana, per estar en un continu creixement i millorament de la qualitat de vida dels pacients, garantint així la qualitat com una cultura institucional.

De manera que aquestes institucions han de comptar amb una política d'atenció humanitzada que inclogui criteris per al pacient i el personal de la institució; aquesta política també ha de contemplar les estratègies a desenvolupar, el suport des del adreçament estratègic i gerencial, l'existència d'instàncies de suport als comitès d'ètica, la gerència del talent humà, la salut ocupacional i l'atenció al usuari, entre d'altres.

Per tot l'anterior, podria dir-se que l'objectiu de la atenció en salut, no només es brindar coneixements teòrics i pràctics al pacient i la seva família, sinó garantir el desenvolupament de competències de les seves col·laboradors per assolir un creixement humà i professional que asseguri la prestació d'un servei amb els majors estàndards de qualitat, on l'atenció estigui centrada en el tracte humà per als pacients(88).

En els programes d'atenció i humanització dels diversos serveis sanitaris, es plantegen un conjunt de principis, elements estructurals, conceptes, procediments i activitats, que s'adopten en l'organització per prevenir i evitar la recurrència d'esdeveniments adversos, amb el propòsit de brindar serveis de salut segurs per a l'usuari i la seva família sota un adreçament estratègic(89).

Segons el Pla d'Humanització de l'Assistència Sanitaria 2016-2019 realitzat per la Consellaria de Sanitat de la Comunitat de Madrid(59), a través de l'aplicació d'un pla estratègic en d'institució sanitària, s'ha identificat àrees de millora, amb l'objectiu d'aplicar un pla d'humanització, essent necessari abordar els següents aspectes:

- La cura del tracte, la comunicació i la informació: gestos, paraules, escolta, presència, cortesia; el procés de informació clínica i no clínica; la informació i comunicació personalitzada; l'atenció telefònica i presencial.

- Cuidar la relació: personalització, temps d'atenció, intimitat i confidencialitat.
- Les cures al llarg de la vida: humanització en les primeres etapes i al final de la vida; humanització en moments de patiment, fragilitat i vulnerabilitat.
- Tenir cura del benestar i el confort: humanitzar els entorns, tenir cura als acompanyants, confortabilitat, vestimenta, minimitzar el dolor.
- Tenir cura amb respecte: reconeixement de la singularitat; respecte a la dignitat i els drets; reconeixement de les responsabilitats dels propis pacients; normes de confidencialitat.
- Sensibilitzar els professionals com a agents d'humanització: actitud humanitzada (presència, proximitat, humilitat, obertura, comprendre, responsabilitat i compromís) i organització humanitzada (valors, cultura, equitat).

Tant pels professionals, els pacients i els familiars contemplaran les diverses dimensions del cuidatge humanitzat, gràcies a la informació, comunicació, el tracte, l'entorn i la relació, les quals estan encaminades a la millora de la humanització de l'assistència. En el període dels 2016-2019 es proposà implantar i treballar en els següents eixos(59):

- Cultura d'humanització.
- Informació personalitzada i acompanyament.
- Humanització de l'assistència a les primeres etapes de la vida, infància i adolescència.
- Humanització en l'atenció d'urgències.
- Humanització en l'hospitalització.
- Humanització en unitats de cures intensives.
- Humanització en l'atenció de la salut mental.
- Humanització i pacient oncològic.
- Humanització davant del final de la vida.

El Programa de la Implementació de Bones Pràctiques Clíniques en els Cuidatges (BPSO) tenen l'objectiu de fomentar, facilitar i donar suport a la implantació, avaluació i manteniment, en qualsevol entorn de la pràctica infermera, basades en les Guies de RNAO (Registered Nurses' Association on Ontario). De tal manera que hi ha guies de bones practiques clíniques que estudien els cuidatges centrats en la persona i la família i els seus components, a més d'incorporar el concepte d'humanització de les cures(44).

L'enfocament de cuidatges centrats en la persona i la família mostra certes practiques que posen a la persona i als seus familiars en el centre dels cuidatges i dels serveis de salut. Aquests es respecten i converteixen als individus com a veritaders col·laboradors juntament amb els professionals de la salut en relació amb la seva salut, que en el seu conjunt formen l'eix humanístic dels cuidatges infermers. Des del punt de vista d'aquest enfocament, la guia tracta sobre els següents temes i característiques(44):

- Fonament de les relacions i de la confiança.
- Apoderament de la persona per participar activament en la presa de decisions relacionades amb la seva salut (independència, autonomia, el dret a l'autodeterminació).
- Intercanvi d'opcions de cuidatges, educació i informació basats en l'evidència que sigui imparcial, clara i coherent amb el suport de la persona en la presa de decisions.
- Respecte a la persona i a la personalització dels cuidatges mitjançant la promoció de les fortaleces, l'autoconeixement, les preferències i els objectius de la persona pel cuidatge basat en les seves creences, valors, cultura i en l'experiència de la salut.
- Facilitació de la comoditat física dintre de l'entorn que afavoreixi la curació.
- Oferiment de suport emocional i presència comprensiva.
- Compromís de continuïtat dels cuidatges durant les transicions.
- Assegurament de la capacitat de la persona per accedir als cuidatges i als serveis quan sigui necessari.
- Col·laboració amb la persona i la seva família en la reforma del sistema de salut per millorar la qualitat, l'entrega i el disseny dels cuidatges i els serveis de salut a tots els nivells.
- Comunicació eficaç dins d'una relació terapèutica per promoure la veritadera col·laboració dels cuidatges de salut.
- Cuidatge de les persones, les seves famílies i comunitats, tractant els determinants de la salut.

D'altra banda, existeixen serveis de les institucions sanitàries que ja han posat en pràctica un programa d'atenció humanitzada, per exemple; la humanització durant el part, en el maneig del dolor, unitats de cures intensives, unitats d'atenció perinatal, etc. (90–93)

7.2 Línies estratègiques del professional infermer

Les línies estratègiques d'infermeria mostren les intencions i guien les actuacions d'infermeria pel desenvolupament de la pràctica clínica i el creixement professional, mitjançant una pràctica sistemàtica i rigorosa de cuidatges que reconeixen les necessitats individuals de cada pacient. Doncs, les estratègies estan basades en el cuidatge centrat a la persona i la família, els quals són el centre de la presa de decisions i l'oferiment dels cuidatges(94).

Tal i com s'ha mencionat anteriorment, Jean Watson va aprofundir en els cuidatges humanitzats, reivindicant la importància de dedicar aquests cuidatges en tots els ambients o àrees de la professió infermera. Per tant, els plans estratègics es basaran en les àrees a nivell assistencial, gestió, investigació i docència.

7.2.1 Pràctica assistencial

Tot i la dificultat per mantenir els valors humanitaris en l'acció de cuidar en les institucions públiques de salut, on s'invisibilitzen els cuidatges d'infermeria. Els professionals infermers han de continuar mantenint les habilitats de comunicació i ajuda en l'etapa de fragilitat i vulneració de l'estat de salut de la persona(61).

De manera que s'ha de promoure els cuidatges orientats i centrats en la persona. A partir del qual ajudar a promocionar el benestar de la persona amb els seus problemes de salut i el seu entorn, permetrà optimitzar la seva qualitat de vida. Per tant es creu necessari:

- Redissenyar els sistema de presentació de cuidatges de forma participativa amb tot l'equip interdisciplinari.
- Revisar els rols de la pràctica avançada.
- Establir sistemes de col·laboració amb altres professionals.
- Donar informació a les persones per el desenvolupament del nou model de la practica clínica.

A més, un altre aspecte que promulgaria la humanització dels cuidatges, seria l'efectivitat de la pràctica clínica basada en l'evidència científica, per tal d'oferir una màxima qualitat dels cuidatges i indagar en les investigacions de sabers infermers.

Finalment, la pràctica està relacionada amb la presa de decisions i els registres dels cuidatges, mitjançant les noves tecnologies. De forma que la tecnologia s'utilitza per la gestió dels cuidatges i permetre dur a terme els cuidatges personalitzats i basats en les necessitats del pacient.

7.2.2 Gestió

Des de la gestió del cuidatge, els professionals infermers desenvolupen tasques de promoció, manteniment, restauració de la salut, prevenció de malalties i execució d'accions derivades del diagnòstic i tractament, per tal de vetllar per la millor administració dels recursos de l'assistència pel pacient(4).

La gestió dels cuidatges ha d'estar orientada cap a la persona, el client, la seva família, el personal d'infermeria, els equips interdisciplinaris. La gestió s'ha d'entendre com un procés humà i social que es recolza en la influència interpersonal, del lideratge, de la motivació i la participació, la comunicació i la col·laboració. Utilitzant el pensament infermer, la infermera gestora afavoreix una cultura organitzacional centrada en el cuidatge de la persona.

Per tant, la gestió basada en les necessitats de cura de les persones, es requereix conèixer les característiques dels usuaris, edat, necessitats de cura, basat en la dependència cap al cuidatge del que determina la quantitat i qualitat de personal per brindar cura.(95).

Des del punt de vista de la humanització, cal restablir una organització en els cuidatges, els quals han d'estar centrats en la persona i ha de donar resposta a les necessitats del pacient. També es necessari garantir la qualitat dels cuidatges i la seguretat dels pacients, avaluant l'efectivitat clínica en investigacions científiques. Pel que fa a les infermeres, la seva capacitat de lideratge i promoció dels cuidatges, donen suport a la gestió i qualitat en el servei que ofereixen, amb l'objectiu d'augmentar la satisfacció dels pacients i les famílies, i fer els cuidatges més eficients i eficaços(94).

7.2.3 Investigació

Els futurs professionals han de tindre clar que l'única forma de conèixer l'impacte que produeixen els cuidatges d'infermeria, és a través de la investigació. A més, el fet de generar nous coneixements entrega a la infermeria una major autonomia professional(4).

Un altre punt a destacar en l'àmbit de la investigació seria l'ètica, ja que no s'ha de perdre el respecte per les persones, per tant, és necessari integrar a la formació professional, normes internacionals, consentiments informats i la protecció de l'usuari.

Doncs, la investigació d'infermeria ha de ser desenvolupada en el camp de la investigació aplicada coneixements útils als problemes clínics en la professió i afavorir els intercanvis en la practica de cuidatges, vist com a objecte d'estudi. És a dir, a partir de l'oferiment de cuidatges es garanteix la qualitat, l'eficiència per tal d'orientar els cuidatges d'acord a les característiques del pacient i el seu entorn(94).

7.2.4 Docència

La formació marcarà al futur professional del cuidatge, per tant, es considera un aspecte important promoure l'adquisició i millora de competències necessàries per una pràctica clínica de qualitat. Amb aquest objectiu, es precisa d'un pla de formació específic, individual o col·lectiu, per promoure els coneixements tècnics i el compromís professionals, fixats per l'organització de la institució sanitària.

La majoria d'estudiants reconeixen la importància de les actituds del cuidatge per la seva formació, a través dels seus professors. Per aquest motiu les infermeres dedicades a la docència, han de ser models pels estudiants, líders en els cuidatges humans, tan pels usuaris com per ells mateixos.

També cal dir que el model de formació està centrat en els cuidatge del pacient recuperable o possibilitats de rehabilitació, de tal forma que els estudiants obliden els cuidatges quan s'afronten la mort o situacions delicades on es precisen d'habilitats psicològiques. Gràcies a la comprensió dels cuidatges humanitzats, els estudiants englobaran tot l'anterior per dirigir-lo en una millora de la satisfacció de l'usuari en el seu context intern o extern, i el treball que realitzen els docents.

7.3 Avaluació i valoració de la qualitat de la humanització dels cuidatges

Es necessari avaluar i valorar la qualitat i humanització a nivell institucional i en cada un dels serveis de salut prestats, a nivell de processos i procediments organitzacionals; s'ha d'analitzar els estàndards de qualitat i les competències dels col·laboradors, per tal de dissenyar, implementar, executar i fer seguiment del compliment a cadascuna de les estratègies plantejades en la política, evidenciant els

plans per a millora contínua i resoldre les deficiències trobades i oportunitats de millora observades.

L'avaluació i valoració de la qualitat i humanització ha de donar-se de forma transversal en tots els processos. De forma que els alts directius d'una institució sanitària ha de proposar i verificar l'objectiu d'obtenir la màxima qualitat en la prestació del servei sanitari. Doncs, dins d'un pla estratègic ha d'incloure aquest concepte, per tal de seguir desenvolupament de la política i ruta de l'atenció integral dels receptors del servei. Per aquest motiu, es precisa l'aplicació de guies d'atenció, auditories internes per moments de veritat en l'atenció en salut, processos de capacitació i desenvolupament de capacitats per competències del talent humà, amb l'objectiu d'obtenir un pla estratègic eficient i eficaç.

Per avaluar un servei, en la gestió clínica s'utilitzen els indicadors, els quals són instruments de mesura, basats en fets i dades que permeten avaluar la qualitat a la pràctica infermera amb la finalitat d'aconseguir la satisfacció dels usuaris. Els indicadors que s'utilitzen són; els indicadors de procés, els quals avaluen la manera en què es desenvolupa la pràctica assistencial, realitzada amb els recursos disponibles, protocols i evidència científica; mentre que els indicadors de resultat expressen les conseqüències del procés assistencial, en termes de complicacions, mortalitat, ocasions perdudes, fallades de circuits, qualitat de vida, etc. (96,97).

A Catalunya, actualment existeix un Pla d'enquestes de satisfacció (PLAENSA), la qual té l'objectiu d'avaluar la qualitat d'un servei i el grau de satisfacció de les persones usuàries amb els diferents serveis sanitaris públics. Doncs, s'obtenen resultats de les institucions hospitalàries de cada regió que es comparen a nivell general en tot el territori. A partir d'uns indicadors, els quals n'hi ha tres tipus (escala de valoració de cinc categories, grau de satisfacció global i fidelitat) , es relacionen amb aspectes humanitaris, per exemple: tracte amb el personal infermer, mèdic o zeladors, o bé respecte en la intimitat. Gràcies a la valoració i els resultats d'aquest ítems, es pot avaluar indirectament la deshumanització de la pràctica clínica depenent dels serveis sanitaris, que respecte del 2012 al 2016 hi ha hagut una disminució a nivell general de la satisfacció del tracte amb el personal infermer.

8. JUSTIFICACIÓ

L'aspecte més humanitari de la professió infermera és el contacte directe amb la persona, mitjançant els cuidatges infermers. Així doncs, l'actitud del professional determina si es podrà establir amb èxit la relació terapèutica i oferir el màxim benestar del pacient.

Des dels inicis del grau d'infermeria s'han inculcat als seus alumnes la importància de saber actuar en diferents situacions de la malaltia, tan en nens, adults com en la gent gran, fet que assegura la bona preparació dels futurs professionals de la salut. Tot així, la utilització de noves tècniques i l'àmplia renovació de les cures, tecnologies i infraestructures sanitàries, oculta la importància dels fonaments bàsics de la nostra professió tal com són: els principis ètics, el tracte decent, la bona actitud, etc., que en el seu conjunt constitueixen els cuidatges humans.

Els pacients valoren la qualitat dels cuidatges en la seva globalitat, tan la millora de l'evolució de la seva malaltia, com el tracte dels professionals sanitaris durant la l'estància hospitalària. Personalment, durant les meves pràctiques clíniques i la meua estada en diversos serveis sanitaris, he pogut veure diferències importants depenent de l'actuació dels infermers/es. Les percepcions del pacients respecte als cuidatges es veurà influenciada per si el professional ha donat mostres d'afecte a l'hora d'oferir els cuidatges, tot i que no es pogués resoldre el problema de salut del pacient.

Des de la meua perspectiva, durant la meua formació he notat que hi ha una absència dels aspectes humans bàsics dels fonaments dels cuidatges infermers. Doncs, crec que es necessari aprofundir i incidir en la rellevància de l'humanisme en els sabers i quefers infermers, ja que sovint tan els estudiants com els actuals professionals no ho tenen en compte al oferir els seus serveis.

Així doncs, la realització d'aquest treball em motiva a investigar i valorar la humanització dels cuidatges i com es poden aplicar de forma inconscient a la pràctica diària dels professionals infermers.

9. OBJECTIUS

9.1 Objectiu general

L'objectiu principal d'aquest treball final de grau és el següent:

- ♦ Proposar un decàleg d'humanització dels cuidatges en el servei d'Urgències de l'Hospital Universitari de l'Arnau de Vilanova (HUAV) de Lleida.

9.2 Objectius específics

Respecte a la formulació de l'objectiu general, es plantegen els següents objectius específics:

- ♦ Identificar els factors que influeixen la deshumanització dels cuidatges infermers en el servei d'Urgències de l'HUAV.
- ♦ Avaluar l'efectivitat del decàleg a través de les percepcions dels pacients receptors dels cuidatges del servei d'Urgències de l'HUAV.

10. METODOLOGIA

10.1 Disseny de l'estudi

El treball realitzat consisteix en un estudi d'intervenció quasi experimental sense grup control. Doncs, consisteix en observar i avaluar l'efectivitat d'un decàleg sobre els cuidatges humanitzats a partir dels resultats d'unes enquestes de satisfacció assistides telefònicament (PLAENSA) dels usuaris dels servei d'Urgències de l'HUAV, després de que els professionals que treballen en aquest servei hagin realitzat unes sessions formatives.

10.2 Població

10.2.1 Població diana

La població diana està constituïda per adults ingressats en el servei d'Urgències de l'HUAV, que presentin els següents criteris d'inclusió o d'exclusió: (Veure Taula 5. Criteris d'inclusió o exclusió de la població diana)

Taula 5. Criteris d'inclusió o exclusió de la població diana

Criteris d'inclusió	Criteris d'exclusió
<ul style="list-style-type: none"> - Persones majors de 18 anys. S'inclouen els usuaris del servei i els seus cuidadors. - Persones que acudeixin a urgències per procediments assistencials de nivell I o II¹. 	<ul style="list-style-type: none"> - Persones amb trastorns cognitius severos o patologies mentals incapacitants. - Persones amb dificultat auditiva. - Persones amb comunicació verbal que dificulti la realització de l'enquesta. - Pacients interns a Centres Penitenciaris. - Persones que acudeixen a urgències per procediments assistencials de nivell III²

Font: Elaboració pròpia

¹ El servei d'Urgències de l'Hospital Universitari de l'Arnau de Vilanova compta amb una zona assistencial de tres nivells: nivell I, que engloba a l'atenció d'urgències medicoquirúrgiques i traumatologia de poca complexitat i requeriments de mínima observació (inferior a 6 hores); nivell II, que engloba l'atenció d'urgències medicoquirúrgiques d'alta complexitat i requeriment d'observació perllongada fins a un màxim de 24 hores, atenció d'urgències traumatològiques complexes.

² Nivell III inclou als usuaris que precisin reanimació o alguna d'aquestes prestacions: RCP avançada, ventilació mecànica invasiva, drenatge toràcic, punció rentat peritoneal, monitoratge d'ECG per telemetria, capnografia, marcapàs extern, cardioversió elèctrica, via venosa central o perifèrica, trombòlisi en un infart agut de miocardi

Es creu necessari que per dur a terme la intervenció, cal incloure a aquells usuaris adults amb capacitat de presa de decisions per tal d'oferir una màxima efectivitat a l'hora de passar l'enquesta, tenint em compte la participació dels cuidadors o acompanyats dels usuaris, ja que poden aportar nova informació sobre les percepcions d'aquest tema.

Així doncs, la presència de problemes de salut severa, procediments assistencials d'urgències de nivell III o persones amb dificultats auditives o comunicatives dificultarien la recollida de dades i la valoració de les percepcions respecte als cuidatges rebuts. A més, el motiu pel qual s'ha exclòs als pacients interns a Centres Penitenciaris és la dificultat de contactar directament amb la persona, la qual té restricció de comunicació amb l'exterior.

10.2.2 Professionals a qui va dirigit

La intervenció estarà dirigida a tot l'equip que forma part del servei d'Urgències, el qual el formen 251 professionals de diferents disciplines i que formen part dels següents col·lectius:

- 1) Professionals infermers: 80
- 2) Professionals mèdics (adjunts i residents): 94
- 3) Auxiliars d'infermeria: 40
- 4) Supervisors del servei: 4
- 5) Directors i gerents de la institució sanitària HUAV (adjunta infermeria, directora infermeria, gerent territorial): 3
- 6) Administradors: 9
- 7) Zeladors: 15
- 8) Senyores de la neteja: 6

10.3 Pregunta d'investigació

Per tal d'aclarir i especificar el fi de la intervenció d'aquest estudi, es procedeix a la formulació de la pregunta d'investigació o PICOT, la qual és la següent:

“La proposta d'implantació d'un decàleg d'humanització dels cuidatges en el servei d'urgències de l'HUAV millorarà la percepció dels cuidatges donats en les persones ingressades durant la seva estància en aquest servei?”

10.4 Metodologia de cerca

Per al desenvolupament del treball, especialment en la contextualització de la humanització dels cuidatges, s'ha dut a terme una cerca bibliogràfica en diverses bases de dades científiques relacionades amb les ciències de la salut, per exemple: Scielo, Dialnet, MetaCercador del Servei de la Biblioteca i Documentació, Google Scholar. A més, s'han utilitzat i extret informació de revistes científiques d'infermeria com *Cultura de Cuidado*, *Guies de Bones Pràctiques Clínicas de BPSO* i algun llibre basat en els fonaments teòrics de la pràctica del professional infermer.

Durant tota la cerca i l'elaboració del treball, s'han contrastat les diferents informacions i s'ha seleccionat aquells articles que compleixin els següents criteris d'inclusió i estratègia de recerca. (Veure Taula 6. Metodologia de cerca bibliogràfica)

- Articles científics publicats entre els últims 10 anys, a excepció d'alguns relacionats amb la història i els fonaments d'infermeria, els quals s'han cercat sense tenir en compte l'antiguitat de la informació.
- Idiomes: català, castellà, anglès i portuguès.
- Text complet gratuït accessible per FoxyProxy.

Taula 6. Metodologia de cerca bibliogràfica

Bases de dades	Estratègia de recerca o paraules claus	Nº de resultats	Nº de seleccionats
Scielo	<i>Humanización [Todos los índices] AND cuidado [Todos los índices] AND paciente [Todos los índices]</i>	3	2
Dialnet	<i>Humanización AND Cuidado AND Asistencia clínica</i>	5	2
	<i>Humanización cuidado AND competencias enfermería</i>	4	2
	<i>Antropología AND Cuidado Humano [Revista Cultura de los cuidados]</i>	62	2
	<i>Deshumanización atención sanitaria</i>	8	3
	<i>Modelos AND Teorías AND enfermería AND humanismo</i>	41	2
Metacercador UDL	<i>Cuidado humanizado AND Atención clínica</i>	964	4
Google Scholar	<i>Humanization AND Nursing care AND perceptions</i>	12.100	3
	<i>Cuidado AND Deshumanizado AND Ámbito asistencial</i>	1.920	5

Font: Elaboració pròpia

11. INTERVENCIÓ

11.1 Context en el que es basa la intervenció

Tal com s'ha explicat en el marc teòric, la deshumanització en l'àmbit assistencial ha esdevingut un problema que inconscientment s'ha implantat en la pràctica dels professionals sanitaris, especialment en els infermers/es a través dels cuidatges.

La percepció i l'opinió dels pacients o els usuaris d'un servei sanitari són els principals afectats per aquesta nova adversitat, ja que són els que determinen i identifiquen si la qualitat de l'atenció sanitària és adequada i satisfactòria. Mitjançant unes enquestes de satisfacció realitzades als usuaris, la institució sanitària pot tenir una visió de l'efectivitat del seu funcionament i de quines accions de millora hauria de dur a terme.

En els últims anys, segons els resultats publicats per Pla d'Enquestes de Satisfacció d'assegurats del CatSalut, l'estudi de satisfacció amb l'atenció urgent hospitalària en comparació a altres serveis com: atenció primària, atenció hospitalària amb internament, sociosanitària, salut mental entre d'altres, és la que mostra uns resultats més baixos respecte a qüestions relacionades amb aspectes bàsics humanitaris, és a dir, tracte amb els professionals, intimitat, informació adequada entre d'altres.

Concretament, al 2016 els usuaris de la Regió de Lleida valoraren el tracte del professional infermer del servei d'Urgències amb un 86,9%, convertint-se en la regió catalana amb els resultats més baixos, dintre d'una mitjana global de 92.2%. Aquest fet indica que caldria una millora en aquest ítem, per tal d'augmentar la satisfacció i la qualitat dels cuidatges que s'ofereixen en aquest servei.

11.2 Objectiu de la intervenció

L'objectiu principal de la intervenció és la divulgació d'una proposta de decàleg sobre la humanització dels cuidatges, dirigida als professionals que treballen en el servei d'Urgències de l'HUAV, mitjançant unes sessions formatives. Posteriorment, s'avaluaria mitjançant una enquesta de satisfacció dels usuaris del servei.

11.3 Contingut de la intervenció

El contingut que es treballarà estarà basat en la proposta d'un decàleg vinculat a les recomanacions de les guies de RNAO centrats en els cuidatges de la família, el qual

es presentaria 10 ítems a tenir en compte en la pràctica clínica diària dels professionals de la salut(44). (Veure 17. 1 Annex 1: Decàleg dels cuidatges humanitzats)

11.4 Pla d'intervenció

11.4.1 Recursos

Per tal de dur a terme aquest disseny d'intervenció, es precisen de recursos que facilitin la realització i la avaluació de l'activitat. Per tant, es diferencien dos tipus de recursos necessaris:

- a) *Recursos humans*: persones enquestades que compleixin els criteris d'inclusió de la intervenció i tots aquells professionals que en formin part del projecte.
- b) *Recursos materials i llocs físics*: ordinador, telèfon amb connexió a internet, material d'oficina (paper, bolígraf) i aules de formació pels professionals (si fos possible situada al HUAV).

11.4.2 Responsable del projecte

Les persones encarregades de dur a terme aquest disseny de projecte, serien els grups de professionals a nivell multidisciplinari, els quals formen part de les Guies de RNAO i en la qual es troben: professionals infermers, fisioterapeutes, auxiliars d'infermeria, metges, administratius, directors, gerents, senyores de la neteja, entre d'altres.

11.4.3 Condicions de la intervenció

Per tal de planificar les activitats enfocades en la difusió d'un decàleg d'humanització dels cuidatges al servei d'Urgències de l'HUAV, es necessari detallar el format i les condicions que es realitzarà la intervenció.

Respecte als participants, atès que el equip del servei d'urgències consta d'un gran ventall de professionals, concretament en són 251 professionals, es creu necessari crear dos grups (un grup de 126 persones i l'altre de 125 persones). En aquests subgrups el constituïran: professionals infermers, metges, auxiliars d'infermeria, supervisors del servei, directors i gerents de la institució sanitària (HUAV), administradors i senyores de la neteja, amb l'objectiu de barrejar les diferents disciplines i que cadascun dels professionals pugui veure les perspectives dels seus companys. Així doncs, es podrà visualitzar un ampli espectre de com afecta l'oferiment dels cuidatges des de l'atenció

sanitària que presten els professionals de la salut fins la tasca dels alts directius, gerents de l'hospital i altres professions alienes.

11.4.4 Cronograma de la intervenció

1) Fase pre-intervenció:

- Preparació del material.
- Demanar autorització i contactar amb els professionals formadors del servei d'Urgències de l'HUAV.

2) Fase d'intervenció:

- Captació dels participants
- Informació i divulgació publicitària del programa.
- Realització sessió formativa 1 “*Com voldríeu que us cuidessin?*” (Veure Taula 7. Informació de la sessió 1)
- Realització sessió formativa 2: “*Cuidem bé?*” (Veure Taula 8. Informació de la sessió 2)

3) Fase post-intervenció:

- Realitzar enquestes de satisfacció PLAENSA del Departament de Salut, a la població diana.
- Recollida de dades i avaluació de la intervenció.
- Extracció de conclusions.

(Veure Taula 9. Cronograma)

Taula 7. Informació de la sessió 1

<p>Nom de la sessió: <i>Com voldríeu que us cuidessin?</i></p>
<p>Horari: 13:30h – 15:30h</p> <p>Material: Sala per la sessió, cadires, pissarra, projector, ordinador, papers i bolígrafs.</p> <p>Objectiu de la sessió: Conscienciar sobre la importància del tracte amb els pacients i de quina manera ho fan, la qual es podria millorar.</p> <p>Contingut:</p> <p>Punts 1, 2, 3, 4, 10 del decàleg dels cuidatges humanitzats, els quals fan referència a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eines útils per l'establiment d'un tracte decent entre pacient- professional. • Adaptació dels cuidatges segons les preferències del pacient, en tots els nivells. <p>Metodologia:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Exposició d'un cas visual sobre el tracte deshumanitzat que es té en front d'un pacient. b) Formulació de preguntes: <i>Què us transmet aquesta escena? Què us ha cridat l'atenció? Com es sent el pacient?</i> c) Reflexió sobre les respostes dels participants. d) Presentació oral amb l'explicació dels aspectes teòrics. <p>Avaluació: Resultats enquestes de satisfacció (PLAENSA) dels usuaris del servei d'urgències.</p>

Font: Elaboració pròpia

Taula 8. Informació de la sessió 2

<p>Nom de la sessió: <i>Cuidem bé?</i></p>
<p>Horari: 13:30h – 15:30h</p> <p>Material: Sala per la sessió, cadires, pissarra, projector, ordinador, papers i bolígrafs.</p> <p>Objectiu de la sessió: Divulgar la necessitat de millorar els cuidatges dins d'un espectre més humanitari.</p> <p>Contingut:</p> <p>Punts 5, 6, 7, 8, 9 del decàleg dels cuidatges humanitzats, els quals fan referència a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La comunicació és la clau per establir una relació entre pacient-professional. • Acompanyament i suport emocional a l'hora de cuidar. • Actituds dels professionals per tal d'oferir uns cuidatges òptims. <p>Metodologia:</p> <p>a) Presentació oral de l'explicació dels aspectes teòrics.</p> <p>b) Joc grupal:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Formar 5 equips, els quals cadascun d'ells tindrà un rol. - Plantejament d'un problema. - Els equips des del seu punt de vista, han de mostrar les seves preferències i motius per resoldre el problema. - Conjuntament, tots els equips hauran de trobar una solució mitjançant el diàleg. <p>c) Presentació d'un cas visual, en el que es mostra una persona anímicament dèbil per la situació plantejada.</p> <p>A partir d'un <i>brainstorming</i>, els participants han d'anotar els sentiments percebuts del personatge principal. Seguidament, han de buscar solucions útils (basades en el reforç emocional) per a millorar la situació.</p> <p>Avaluació: Resultats enquestes de satisfacció (PLAENSA) dels usuaris del servei d'urgències.</p>

Font: Elaboració pròpia

Taula 9. Cronograma

		2018									2019		
		Abr.	Mg.	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Oct.	Nov.	Des.	Gen.	Feb.	Mar.
Pla	Formació: Sessió 1	Grup 1	Grup 2										
	Formació: Sessió 2						Grup 1	Grup 2					
	Realització enquestes										PLAENSA 2019 Línia atenció urgent especialitzada		
	Recollida de resultats												

Font: Elaboració pròpia

12. CONSIDERACIONS ÈTIQUES I LEGALS

D'una banda, per tal de poder posar en pràctica la intervenció proposada, es necessari tenir en compte els principis ètics amb l'objectiu de garantir la conservació dels drets fonamentals, la seguretat, la dignitat i el benestar dels participants del projecte. Així doncs, cal seguir un codi ètic de la institució en què s'avaluï la intervenció per el seu Comitè d'Ètica. En aquest cas, el projecte s'orientarà a partir de del Codi Ètic de l'HUAV validat pel Comitè d'Ètica d'Investigació Clínica (CEIC), el qual consta les activitats tant dels professional que treballen a la institució com a tota la ciutadania. De manera que seguint els quatre principis ètics (autonomia, no maleficència, beneficència i justícia), es vetllarà i es garantirà el següent(98):

- La no discriminació dels pacients per raons ètniques, culturals, de gènere, condicions socioeconòmiques o creences.
- El dret del pacient a participar en la presa de decisions i gaudir d'intimitat i confidencialitat.
- Que l'actuació dels professionals en l'àmbit assistencial es dugui a terme amb criteris de respecte cap a la persona i de forma integral en els diferents estadis de la malaltia.
- Que l'actuació de l'Hospital s'adeqüi als valors ètics respecte a la publicitat, comercialització, pràctiques competitives, procediments economicofinancers i sostenibilitat mediambiental.
- Que els professionals, com a eixos del sistema, siguin el principal actiu de la nostra organització. L'hospital actuarà proactivament per a promoure i vetllar pel compliment dels valors en les relacions interpersonals de tots els que hi treballen.

D'altra banda, per dur a terme la intervenció proposada, s'ha de tindre en vigència la Llei General de Salut Pública 33/2011 i els "Drets i Deures de la ciutadania amb relació amb la salut i l'atenció sanitària" publicat per la Generalitat de Catalunya, en les quals s'exposen els drets i deures respecte a actuacions pròpies del sistema de la salut. Per tant i en relació a la investigació i experimentació, els participants tenen el dret a participar en projectes d'investigació, rebre la informació, donar consentiment previ, així com conèixer el retorn de les investigacions i les iniciatives d'innovació del procés assistencial. A més, tenen el deure de complir les responsabilitats acceptades que es derivin de la participació en un projecte d'investigació(99,100). Finalment i d'acord a la

Llei de Protecció de Dades, els participants tindran el dret a preservar la seva privacitat i intimitat en l'atenció, la confidencialitat de la informació i la seva llibertat ideològica i religiosa(101).

13. AVALUACIÓ DE L'INTERVENCIÓ

Un cop realitzades les sessions formatives i tal com segueix el cronograma, es procediria a la recollida de dades extretes d'unes enquestes de satisfacció dels usuaris del Servei d'Urgències de l'HUAV, amb el fi d'avaluar l'efectivitat del Pla d'Intervenció dissenyat. Mitjançant les enquestes PLAENSA validades pel Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, els participants del projecte, és a dir, les persones usuàries del Servei d'Urgències del HUAV hauran de respondre a un qüestionari, el qual presenta les següents característiques:

- Són enquestes telefòniques via web.
- Estratificació de les enquestes per edats.
- S'estructura en preguntes comunes a totes les línies de servei/producte estudiades, preguntes específiques de l'Atenció Urgent Hospitalària i finalment per preguntes no validades que s'han considerat d'interès.
- Consta de 33 preguntes, les quals s'agrupen per; 17 preguntes validades, 10 preguntes d'interès, 4 preguntes de classificació, 2 preguntes satisfacció (global i fidelitat) 3 variables (edat, nivells d'estudis, salut percebuda). (Veure 17. 2 Annex 2: Qüestionari d'Atenció Urgent Hospitalària)
- Es segueixen les escales de valoració:
 - Categòric ordinal de 5 categories (perfecte, molt bé, bé, regular, malament O sempre, gairebé sempre, sovint, poques vegades, mai / gairebé mai).
 - Algunes dicotòmiques : Si/No.
 - Una pregunta valorada amb escala d'interval de 0 a 10.
- L'enquesta consta de factors que inclouen unes variables incloses dins de temàtiques importants i relacionades amb el servei: (Veure Taula 10. Variables enquesta PLAENSA) (Veure Taula 11. Fitxa tècnica de l'enquesta d'atenció urgent hospitalària)

Taula 10. Variables enquesta PLAENSA

Descripció	Variables incloses
Tracte	P9,P17,P10,P8,P16,P31,P22
Informació i confiança	P20,P19,P24,P25
Temps d'espera	P7,P30
Confort	P12,P15,P4,P26

Font: Elaboració basada en enquestes PLAENSA, Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.

Taula 11. Fitxa tècnica de l'enquesta d'atenció urgent hospitalària

Fitxa tècnica de l'enquesta d'atenció urgent hospitalària

Població objecte d'estudi: Persones de 18 anys o més que hagin estat usuàries del servei d'urgències, en centres que tenen contracte CatSalut amb més de 2.500 urgències/any.

Marc de mostreig: Es seleccionen de manera aleatòria els registres de CMBD d'urgències del mes de gener del 2019 que corresponen a assegurats de 18 anys o més d'edat, segons el Registre Central de persones Assegurades (RCA) – Total registres: 9.900.

Disseny mostral: S'ha definit com a unitat mostral cada hospital, essent el nombre total d'unitats mostrals de 56 persones.

Marge d'error màxim en l'estimació de percentatges relatius a Catalunya: S'ha considerat un error màxim de $\pm 1,1$ per al global de Catalunya amb un nivell de confiança del 95%.

Mètode d'entrevista: entrevistes telefòniques assistides per ordinador.

Període de realització del treball de camp: del 27 de juny al 14 de juliol del 2019.

Font: Elaboració basada en enquestes PLAENSA, Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.

14. DISCUSSIÓ

En els últims anys, s'ha detectat una deshumanització de l'atenció sanitària i especialment en els cuidatges infermers. Aquesta deshumanització dels cuidatges s'entén com un procés on es priva la persona de les seves característiques humanes, centrant-se solament en l'atenció en els processos biològics i fisiològics de l'ésser humà. Així doncs, durant molt de temps l'únic objectiu ha estat assegurar la qualitat científica-tècnica de les cures, oferint escàs interès als aspectes humanístics(102).

En serveis concrets com el servei d'urgències és un lloc on preval la tecnologia, l'execució i eficàcia ràpida de les tècniques i la falta d'intimitat, però les competències humanes dels professionals són insuficients en l'atenció i els cuidatges tan dels pacients com dels familiars. Els professionals infermers són els més propers als pacients i familiars, per tant es converteixen en el principal punt de suport i acompanyament durant tot el procés de recuperació. Si s'estableix una bona relació entre infermer-pacient influeix positivament en la satisfacció dels pacients i els seus familiars(3).

Hi ha varis estudis que senyalen els grans beneficis que pot aportar una atenció humanitzada per part dels professionals infermers. A partir d'un canvi centrat en un model holístic, la relació d'ajuda, la comunicació i els principis i valors humans, l'atenció del pacient i la seva família obtindrà un gran protagonisme, així aportant avantatges tan als usuaris com als professionals i a la institució sanitària(43,77).

Segons Ceballos(4), la practica dels cuidatges humanitzats no sols es basa en oferir un bon tracte o satisfacció als usuaris, sinó que des de les quatre esferes de la infermeria (gestió, docència, investigació i assistència), tot l'equip creix junt amb els cuidtges personalitzats de la persona i la família. Doncs, com descriu Espinosa et cols. (56) la humanització dels cuidatges està vinculada a una transformació profunda de les accions dels professionals, els quals a partir de les seves eines actitudinals, emocionals i espirituals, s'aconseguirà oferir una bona qualitat assistencial en totes les concepcions de la persona.

Des del punt de vista professional, les competències humanístiques aporten avantatges que sumen en la seva formació com a professional, per exemple: obtenció de competències relacionals, autonomia dels cuidatges infermers, evitar conflictes i millorar les relacions laborals i adquisició de capacitat d'autoreflexió i autocrítica, ús de

noves eines o pràctiques humanitzadores. Per una altra banda, cal assegurar la humanització de l'entorn laboral, per tal d'humanitzar l'equip professional i consegüentment els seus cuidatges. Tot això permetrà que la institució sanitària obtingui bons resultats en la seva globalitat, tot i així cal assegurar el lideratge d'una persona per transmetre la filosofia de treball, a més de continuar actualitzant l'evidència sobre la humanització dels cuidatges.

L'aplicació d'aquesta proposta a la pràctica clínica en el servei d'urgències de l'HUAV de Lleida es planteja com una possible intervenció amb la intenció de millorar el tracte i els cuidatges dels usuaris. Doncs, per poder observar l'eficàcia de la intervenció, es procediria a la formació dels professionals i posteriorment es valorar si realment aporta beneficis, a més de comprovar els punts forts i dèbils per tal de millorar aquells aspectes que ho requereixin.

Per una banda, com a limitacions a la intervenció proposada està la possible reticència dels professionals del servei d'urgències, la motivació tindrà un gran paper a l'hora de rebre la formació i practicar tots es conceptes i eines apreses per les activitats de la seva pràctica diària. Per una altra banda, la càrrega laboral pot suposar un factor que no afavoreixi al desenvolupament de la intervenció ja que el servei d'urgències requereix un treball continu i ràpid durant tota la jornada laboral, pel que en certes ocasions serà difícil aplicar les mesures humanitzades. A més, hi hauria les limitacions en les infraestructures del servei, les qual no sempre es pot oferir el màxim confort i intimitat del pacient, de manera que alguns aspectes de la proposta no es podrien oferir amb màxima garantia, degut a l'alta demanda del servei.

15. CONCLUSIONS

Després de realitzar el treball en el qual s'ha cercat evidència i informació sobre la humanització dels cuidatges d'infermeria i s'ha proposat una intervenció centrada en aquest tema, s'han pogut extreure les següents conclusions:

- Al llarg dels anys, els cuidatges han persistit des de l'època més antiga fins a l'actualitat, de manera que es considera una activitat innata de les persones i ha atorgat l'essència de la disciplina d'infermeria.
- Els cuidatges infermers s'han d'integrar dins d'una visió humanista, la qual tingui en compte la integritat total de la persona cuidada i del seu entorn, per tal d'assegurar la màxima qualitat i satisfacció de la persona.
- Al pas dels anys, ha augmentat el nombre de factors deshumanitzadors en la pràctica clínica diària dels professionals infermers, ja sigui per causes sociològiques, organització i funcionament de les institucions sanitàries, tecnologia, competències i actitud dels professionals i característiques dels pacients.
- El paper del professional d'infermeria és el més important a l'hora de practicar els cuidatges humanitzats, doncs a partir de les seves competències amb caire humanitzat, garantirà que els cuidatges siguin adaptats i correctes pel pacient i familiars. De manera que les competències humanitzades centrades en els cuidatges s'han d'implementar o incidir des de la formació dels futurs professionals.
- La proposta d'un decàleg de cuidatges humanitzats, es converteix en una intervenció eficient i beneficiosa tan per l'institució sanitària, la pràctica clínica de tots els professionals i els pacients.
- Tot i què s'hagin dissenyat línies estratègiques i plans d'humanització centrats en alguns serveis, cal que en el futur tots els professionals tinguin interioritzat com s'ha de cuidar humanament independentment del servei on es trobi. Així doncs, totes les persones seran receptores de cuidatges dignes.

16. BIBLIOGRAFIA

1. Organización Mundial de la Salud. Informe técnico 860. 1996.
2. McFarland M. Teoría de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales. In: Modelos y teorías en enfermería. 2007. p. 472–98.
3. Quero M, Molina N. Humanización de los Cuidados: una reflexión sobre nuestra práctica profesional. Enfermería docente. 2010;92:20–2.
4. Ceballos P. El Cuidado Humanizado From the Context of Nursing , Analyzing the Humanized Care. Cienc y Enfermería. 2010;(1):31–5.
5. Domínguez C. Evolución del cuidado y la profesión enfermera. 2017.
6. Martínez ML, Chamorro E. Historia de la Enfermería. Evolución histórica del cuidado enfermero. 2011. 1-159 p.
7. Hernández F, Del Gallego R, Alcaraz S, González JM. La enfermería en la historia. Un análisis desde la perspectiva profesional. Cult los Cuid. 1997;2:21–35.
8. Collierè MF. Promover la vida, de la practica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería. 1993.
9. Tejero LL. Las hijas de la Caridad de San Vicente de Paúl en el Hospital de Santa María, la casa de maternidad y la casa de Misericórdia de Lleida (1792-1916). Aportaciones a la Enfermería. 2016.
10. Romans H. Libri di officciis de Orden praedicaturum. 1889.
11. Nightingale F. Notas sobre enfermería: qué es y que no es. 1990.
12. Tey R. Hacia un definición de Enfermería. In: Terceras Sesiones de trabajo de la AEED. 1982.
13. Henderson VA. La naturaleza de la enfermería: reflexiones 25 años después. 1994.
14. Boykin A, Schoenhofer S. La teoría de la enfermería como cuidar: un modelo para transformar la práctica. In: Modelos y teorías en enfermería. 2011. p. 348–62.
15. Cabal V, Guarnizo M. Enfermería como disciplina. Rev Colomb Enfermería. 2011;6:74–81.
16. Pinto N. El cuidado como objeto del conocimiento de Enfermería. Av en Enfermería. 2002;20(1):43–51.
17. García ML, Cárdenas L, Arana B, Monroy A. Cuidados de la Salud: Paradigma

- del personal enfermeros en México. Reconstrucción del Camino. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2009;13(2):287–96.
18. Moreno GA. La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. Sapiens Rev Univ Investig. 2008;1:93–107.
 19. Vergara M. Tres concepciones històriques del proceso salud-enfermedad. Hacia la Promoción la Salud. 2007;12:41–50.
 20. Jiménez L, Ostiguín R, Bermúdez M. El concepto de persona , como determinante del cuidado. Rev Enfermería Univ. 2009;6(3):40–9.
 21. Max-neef M, Zelman H. Desarrollo a Escala Humana una opción para el futuro. 1986.
 22. Santos S, Varez M, Sabater A. Visión del profesional de Enfermería sobre el entorno como parte integrante del metaparadigma. Enfermería Glob. 2010;18:1–11.
 23. De la Cuesta B. El cuidado del otro: desafíos y posibilidades. Investig y Educ en Enfermería. 2007;25(1):106–12.
 24. González L, Velandia AL, Flores V. Humanización del cuidado de enfermería. De la formación a la práctica clínica Humanization of nursing care. From education development to clinical practice. Rev Conamed. 2009;14(1):40–3.
 25. Farjado M, Germán C. Influencia del género en el reconocimiento de los cuidados enfermeros visibles e invisibles. Index Enfermería. 2004;13(46):9–12.
 26. Báez FJ, Nava V, Ramos L, Medina O. El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería. Aquichan. 2009;9:127–34.
 27. Ramírez N, Valenzuela S. significado del concepto cuidado en dos grupos de trabajadores chilenos. Rev Costarr Salud Pública. 2015;24(1):6–18.
 28. Watson J. Ciencia Humana y Cuidado Humano: Una teoría de Enfermería. Nac Leag Nurs. 1988;31–6.
 29. Waldow V. Cuidado humano: La vulnerabilidad del ser enfermero y su dimensión de trascendencia. Index Enfermería. 2014;23(4):234–8.
 30. Luévano S. El arte del Cuidado de enfermería: de Florencia Nightingale a Jean Watson. In: Aventuras del pensamiento. 2008. p. 1–3.
 31. Mayeroff M. Arte de servir al prójimo para servir a si mismo. 1971.
 32. Cristiane K, Lorenzini A. Comprender las dimensiones de los cuidados intensivos: la Teoría del cuidado Transpersonal y complejo. Rev Lat. 2009;17(2):1–8.
 33. Morin E. A noção de sujeito. In: Schmitman DF Novos Paradigmas, cultura e

- subjetividade. 1996.
34. Erdmann AL. Sistema de cuidado de enfermagem. 1996.
 35. Leininger MM. Caring: an essential human need. 1991.
 36. Boff L. Saber cuidar: ética do humano, compaixao pela terra. 1999.
 37. Morin E. Os sete saberes necessários à educação do futuro. 2000.
 38. Roca N. La humanización de los cuidados de enfermería. Una visión antropológica. In: Labor Hospitalaria. 2007. p. 35–40.
 39. Nogales A. Cuidados de Enfermería en el siglo XXI; Una mirada hacia el arte de cuidar. Cult los Cuid. 2011;4(31):43–7.
 40. Mirtha Z, Sánchez E, Gainza C. Valores...Esencia de la enfermeria. Rev Educ en valores. 2010;1(13):80–93.
 41. Bautista LM, Parra EL, Arias KM, Parada KJ, Ascanio KA, Villamarin MI, et al. Percepción de los comportamientos de cuidado humanizado en los usuarios hospitalizados en una institución de salud de 3 ° y 4 ° nivel de atención Perception of humanized care behaviors among 3 rd and 4 th level of care hospitalized users in a health insti. Cienc y Cuid. 2015;12(1):105–18.
 42. Hernández MC. Humanizar los cuidados al paciente: estrategias de acompañamiento y comunicación. In: Jornadas sobre la Humanización de los cuidados Colegio de Enfermería de Baleares (COIBA). 2016.
 43. Juárez PA, García MDL. La importancia del cuidado de enfermería. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2009;17(2):113–5.
 44. RNAO. Cuidados dentrados en la persona y familia. In: Guías de buenas prácticas clínicas. 2015. p. 1–109.
 45. Nelly M, Ramírez EM. Ser enfermera. Rev Mex Enfermería Cardiol. 2006;14(1):2006.
 46. Rueda Y. Motivación del personal de enfermeria para la calidad de cuidado en usuarios y usuarias. 2014.
 47. Nery MJ, Sánchez MZ, Olivety M. Actitudes de la enfermera de cuidado directo y satisfacción de la persona hospitalizada [Internet]. Revita electronica de Potales Médicos.com. 2010 [cited 2017 Nov 26]. Available from: <https://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/2252/6/Actitudes-de-la-enfermera-de-cuidado-directo-y-satisfacion-de-la-persona-hospitalizada>
 48. Moreno ME. Importancia de los modelos conceptuales y teorías de enfermería: experiencia de la Facultad de Enfermería de la Universidad de la Sabana. Rev

- Aquichan. 2005;5(1):44–55.
49. Molina L. Enfermería: profesión, humanismo y ciencia. *Enfermería Glob.* 2003;2:1–8.
 50. Pardo MP, Núñez NA. El humanismo como paradigma de la enfermería como ciencia. *Av en Enfermería.* 1998;17(2):22–30.
 51. Guillén DM, Cuevas L. Aportaciones del humanismo en la formación de las enfermeras. *Revsta Iberoam Educ e Investig en Enfermería.* 2012;2(2):42–5.
 52. Arias M. La ética y humanización del cuidado de enfermería. 2007.
 53. Prieto GI. Humanización del cuidado de Enfermería. *Rev Enfermería Univ.* 2007;4(2):19–25.
 54. Correa ML. La humanización de la atención en los servicios de salud: un asunto de cuidado. *Rev Cuid.* 2016;7(1):1227–31.
 55. Mora E. La interpretación y comprensión hermeneútica: base para transformar el cuidado de enfermería. *Index de Enfermería.* 2016;25(2):5–8.
 56. Espinosa A, Enríquez C, Leiva F, López M, Castañeda L. Construcción colectiva de un concepto de cuidado humanizado en Enfermería. *Cienc y Enfer.* 2015;21(2):39–49.
 57. Guerrero R, Meneses ME, De la Cruz M. Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson , servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión. *Rev enfermería Hered.* 2016;9(2):127–36.
 58. Beltrán OA. Humanized care : A relationship of familiarity and affectivity. *Invest Educ Enferm.* 2015;33(1):17–27.
 59. Consejería de Sanidad. Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019. 2016. 1-232 p.
 60. Landman C, Canales S, Garay V, García P, López C, Pérez J, et al. Cuidado humanizado desde la perspectiva del enfermero de emergencia en un hospital de Quillota, Chile. 2014;3(2):12–21.
 61. Poblete M, Valenzuela S. Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. *Acta Paul Enfermería.* 2007;20(4):499–503.
 62. Dias E, Santna L, Oliveira E. La enseñanza superior de enfermería: implicaciones de la formación para cuidado transpersonal. *Rev Latino-americana.* 2011;19(2):1–8.
 63. Poblete M, Valenzuela S, Merino J. Validación de dos escalas utilizadas en la medición del cuidado humano transpersonal basadas en la teoría de Jean Watson.

Aquichan. 2012;12(1-9).

64. Nascimento K, Lorenzini A. Comprender las dimensiones de los cuidados intensivos: La teoría del cuidado transpersonal y complejo. *Rev Latino-americana*. 2009;17(2).
65. Alba A, Farjado G, Tixtha E, Papaqui J. La comunicación enfermera-paciente en la atención hospitalaria. *Enfermería Neurológica*. 2012;11(3):138–41.
66. Collado R. Cuidado espiritual, labor del profesional de enfermería. *Rev* 360. 2010;5(1):1–3.
67. Leno D. Looking for a model of nursing cares in a multicultural environment. *Gaz Antropol*. 2006;22(32):1–14.
68. Marriner A, Raile M. Modelos y teorías en Enfermería. 1999.
69. Olivia L, Guzmán A, Miroslava L, Carrasco I, María L, García A, et al. Madeleine Leininger: un análisis de sus fundamentos teóricos Resumen. *Rev Enfermería Univ*. 2007;4(2):26–30.
70. Wikberg A, Erikson K. Intercultural caring - an abductive model. *Scand J Caring Sci*. 2008;22(3):485–96.
71. Paterson J, Zderad L. Enfermería Humanística. 1979.
72. Rivera LN, Triana A. Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería en la Clínica del Country. *Av en Enfermería*. 2007;25(1):56–68.
73. Romero E, Contreras I, Pérez Y, Montcada A, Jiménez V. Cuidado humanizado de enfermería en pacientes hospitalizados. Cartagena. colombia. *Rev ciencias Biomed*. 2013;4(1):60–8.
74. Características del enfermero que cuida y de la persona cuidada en un ambiente neonatal. *Rev Cuba Enferm*. 2012;28(2):169–80.
75. Bezerra FB, Lucena L, Rodríguez RA, Pereira A. Cuidado humanizado en la UCI: desafíos en la visión de los profesionales de la salud. *Rev fundam care*. 2013;5(4):635–42.
76. Gómez M, Graun JA. Dolor y sufrimiento al final de la vida. 2006.
77. Venezuela M. ¿Es posible humanizar los cuidados de Enfermería en los servicios de Urgencias? 2015.
78. Haslam N. Dehumanization: An Integrative Review. *Personal and Soc Psychol Rev*. 2006;10(3):252–64.
79. Guarín G, Castrillón MC. The world of nurse: “Here we never rest”. *Care Context. Rev Investig y Educ en Enfermería*. 2011;27(2):226–34.

80. Rodríguez A. Enfermería ante la deshumanización: una necesidad por ser considerada desde la filosofía de Emmanuel Levinas. *Enfermería en Costa Rica*. 2011;32(1):37–42.
81. Bermejo JC. Humanizar la salud. Humanización y relación de ayuda en enfermería. 1997.
82. Arredondo CP, Siles J. Tecnología y Humanización de los Cuidados. Una mirada desde la Teoría de las relaciones Interpersonales. *Index Enfermería*. 2009;18(1):32–6.
83. Martins JJ. Humanizaço nas práticas de saúde: O discurso coletivo dos trabalhadores, gestores e usuários de um Estabelecimento Assistencial de Saúde Hospitalar (EASH). 2008.
84. Rios CI. Humanizaçao: a essencia da tecnica e etica nas praticas de saúde. *Rev Bras Educ Med*. 2009;33(2):253–61.
85. Santos AM, Peña M. Humanización de la atención sanitaria ; retos y perspectivas. In: *Bioética*. 2002. p. 12–8.
86. Barnad A, Sandelowski M. Technology and human care: reconcilable or invented difference? *J Adv Nurs*. 2001;34(3):367–75.
87. Christoff K. Dehumanization in organizational settings: some scientific and ethical considerations. *Front Hum Neurosci*. 2014;8(748):1–5.
88. Rodríguez MJ, Hernán OF, Pinzón C. Diseño de un programa de atención humanizada para la prestación del servicio de salud en urgencias pediátricas en una IPS de Cali. *Cienc Salud*. 2015;3(12):45–52.
89. Comeva. Programa de Seguridad en la Atención y Humanización del servicio [Internet]. *Sinergia Salud*. 2016 [cited 2017 Dec 1]. Available from: <http://www.clinicafarallones.com.co/publicaciones.php?id=46591>
90. Coral R. Humanización del cuidado de enfermería durante el parto. *Rev Actual y Divulg cinetifica*. 2008;11(1):47–56.
91. Montealegre DC. Retos para enfermería en el cuidado de personas con dolor: una forma de humanización. *Rev Cuid*. 2014;5(9):679–88.
92. Velasco JM, Heras G, Ortega A, Gómez V. Manual de buenas prácticas de Humanización en las Unidades de Cuidados Intensivos. 2017. 1-92 p.
93. Baranchuk N. Humanización de la atención perinatal. *Rev Hosp Mat Infer Ramón Sardá*. 2000;19(4):148–51.
94. Sanz P, Jurado MC, Fernández MM. La humanización de los cuidados , la clave de la satisfacción asistencial : hacia el plan de acogida y acompañamiento. *Escola*

universitaria de Enfermería a Santa Madrona 2009.

95. Zarate R. La gestión del cuidado de Enfermería. Index Enfermería. 2004;13(44):42–6.
96. Instituto Nacional de Cancerología- ESE. Plan de humanización 2016. 2016. p. 1–43.
97. Ministerio de Sanidad y de Consumo. Desarrollo de indicadores de proceso y de resultado y evaluación de la practica asistencial. 2006. 1-84 p.
98. Institut Català de la Salut. Codi ètic Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida [Internet]. 2012. Available from: http://www.icslleida.cat/webroot/files/revistes/codi_etica_cat.pdf
99. BOE. Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública. 2014 p. 1–32.
100. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Carta de drets i deures de la ciutadania en relació amb la salut i l'atenció sanitària. 2015. p. 1–32.
101. BOE. Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal. 1999 p. 1–12.
102. Valvidares M. Humanización de los cuidados de enfermería en las unidades de Cuidados Intensivos. Enfermería Integr. 2017;116:51–7.

17. ANNEXOS

17.1 Annex 1: Decàleg dels cuidatges humanitzats

 GBP: CURES CENTRADES EN LA PERSONA I FAMÍLIA Decàleg dels cuidatges humanitzats	
AUTORS: Impulsors de la guia "Cures centrades en la persona i família"	
RECOMANACIÓ 1	A l'entrar i sortir de l'habitació, saluda al pacient i als seus acompanyants, dóna-li la mà, somriu, presenta't i escolta sense interrupcions tot allò que et diuen.
RECOMANACIÓ 2	Adreça't al pacient pel seu nom i tracta'l com ell vol.
RECOMANACIÓ 3	Pregunta per les creences culturals, valors, principis, espiritualitat i preferències de la persona.
RECOMANACIÓ 4	Dóna resposta a les emocions dels pacients, mitjançant l'empatia i la comprensió.
RECOMANACIÓ 5	Informa i explica tot allò que es farà, utilitzant un llenguatge comprensible i adaptat a les preferències o característiques del pacient, involucrant-lo en la presa de decisions relacionades amb els cuidatges.
RECOMANACIÓ 6	Adapta't a les necessitats del pacient, doncs organitza els cuidatges segons les fonts de dificultats que presenti el pacient.
RECOMANACIÓ 7	Presenta una actitud positiva i esperançadora a l'hora de dedicar temps als cuidatges.
RECOMANACIÓ 8	Dóna confort al pacient en tots els sentits (físic, psicològic, patològic, etc.)
RECOMANACIÓ 9	Acompanya i dóna suport emocional al pacient i als seus cuidadors en tot el procés de la malaltia, incloent les situacions de sofriment.
RECOMANACIÓ 10	Tractar i respectar al pacient com un ser digne i únic.


 Generalitat de Catalunya
 Departament de Salut
 
 Institut Català de la Salut
 Hospital Universitari
 Arnau de Vilanova
 
 HOSPITAL
 UNIVERSITARI
 DE SANTA MARIA
 
 Universitat de Lleida
 Facultat d'Infermeria
 i Fisioteràpia

17. 2 Annex 2: Qüestionari d'Atenció Urgent Hospitalària



Generalitat de Catalunya
Departament de Salut



Institut Català de la Salut
**Hospital Universitari
Arnau de Vilanova**

Qüestionari d'Atenció Urgent Hospitalària

P1. Era el primer cop que anava al servei d'urgències d'aquest hospital?

P2. Abans de començar voldria saber com va decidir anar a urgències.

P3. Per què?

FILTRE P4: Va haver d'estar a la sala d'espera?

P4. Com valora la comoditat de la sala d'espera?

P5. Mentre estava a la sala d'espera, el van informar a vostè o als seus acompanyants del temps que s'hauria d'esperar?

P6. Mentre estava a la sala d'espera, algun professional va venir per vigilar com es trobava?

P7. Com valora el temps que va haver d'esperar a la sala d'espera, fins que el va veure el metge?

P8. Què opina del temps que li va dedicar el metge?

P9. Quina disposició tenien els professionals que l'atenien per escoltar-lo i fer-se càrrec del que li passava ?

P10. I la predisposició del metge per a què vostè pogués donar la seva opinió?

P11. Si tenia dolor, creu que el van ajudar a controlar o millorar el dolor?

P12. I com valora les condicions del lloc on va estar mentre l'atenien?

P13. Com valora la comoditat de la "camilla" (llitera o llit) on va estar mentre el van atendre?

P16. Com valora el tracte personal (amabilitat) que tenien amb vostè les infermeres?

P17. Com valora el tracte personal (amabilitat) que tenien amb vostè els metges?

P18. Com valora el tracte personal (amabilitat) que tenien amb vostè els zeladors/portalliteres “camillers”?

P19. Els metges li va donar la informació de manera que pogués entendre-la?

P20. Els metges li va donar la informació que necessitava sobre la seva malaltia o el motiu pel qual va anar a urgències, etc.?

P21. Li explicaven les coses davant de tothom?

P22. Com valora la informació que li van donar sobre les proves (radiografies, exploracions, anàlisis)?

P23. Li van demanar quina informació volia que donessin als seus familiars o acompanyants sobre la seva malaltia?

P24. La informació que li donaven els diferents professionals (metges, infermeres), sobre el seu problema de salut o el motiu pel qual va anar a urgències, era coherent (era coincident entre ella)?

P25. Va tenir la sensació d'estar en bones mans?

P26. Com va percebre (com li va semblar que era), la organització del servei d'urgències?

FILTRE: *Es va quedar ingressat a una planta o sala de l'hospital, fora d'urgències?*

P27. Li van explicar perquè havia d'ingressar?

P28. Quan van donar-lo d'alta a urgències, li van dir si havia d'anar a un altre servei (el van derivar)?

P29. Quan va marxar d'urgències, va entendre (vostè o la seva família) tot el que havia de fer?

P30. Com valora el temps total que va estar a urgències des que va arribar fins que li van donar l'alta?

P31. Ja per acabar, en aquests moments diria que li van resoldre el motiu pel que havia anat a urgències?

P101. I ara per acabar: valori de 0 a 10 el seu grau de satisfacció global amb el servei d'urgències de l'hospital. (Si hagués de posar una nota del 0 al 10, quina nota li posaria? Tenint en compte que 0 vol dir gens satisfet i 10 molt satisfet).

P102. Si pogués triar, tornaria a anar a aquest mateix servei d'urgències ?